Czasopismo Sądowo-Lekarskie

POŚWIĘCONE MEDYCYNIE, PSYCHJATRJI SĄDOWEJ I KRYMINOLOGJI

Rok II. — WYCHODZI CZTERY RAZY W ROKU — Nr. 1.

1929 r.

Wydawca: Polskie Lek. T-wo Wydawnicze.

Administracja CZASOPISMA SĄDOWO-LEKARSKIEGO
POLSKIE LEKARSKIE TOWARZYSTWO WYDAWNICZE
Warszawa, Mokotowska 49, tel. 178-69 — Konto czekowe P. K. O. Nr. 147-57.

Czasopismo Sądowo-Lekarskie

POŚWIĘCONE MEDYCYNIE, PSYCHJATRJI SĄDOWEJ I KRYMINOLOGJI

Rok II. — WYCHODZI CZTERY RAZY W ROKU — Nr. 1

1929 r.

Wydawca: Polskie Lek. T-wo Wydawnicze.

Administracja CZASOPISMA SĄDOWO-LEKARSKIEGO
POLSKIE LEKARSKIE TOWARZYSTWO WYDAWNICZE
Warszawa, Mokotowska 49, tel. 178-69 — Konto czekowe P. K. O. Nr. 147-57.

SPIS RZECZY.

„Revue de mėdicine lėgale, de psychiatrie lėgale et de criminologie". 1929. fasc. I.

SOMMAIRE.

Redakcja: Warszawa, Oczki 1. Zakład Medycyny Sądowej.

Zakł. Graf. „Medycyna" Warszawa, Elektoralna 18.

Wyniki spółczesnych metod leczenia porażenia postępującego w świetle problematów orzecznictwa sądowo- i społeczno-psychjatrycznego.

Podał

Dr. WITOLD ŁUNIEWSKI.

Ustalone rozpoznanie porażenia postępującego stawało się do niedawna momentem decydującym we wszystkich sprawach, dotyczących oceny społecznej wartości paralityka; w szczególności usuwało ono też wszelkie wątpliwości w zakresie orzeczeń sądowo-psychjatrycznych.

Osobnika, u którego stwierdzaliśmy parażenie postępujące, uważaliśmy za człowieka, dotkniętego nieuleczalną chorobą mózgu, za inwalidę, wystawionego poza nawias życia społecznego prawie że definitywnie i bezapelacyjnie. Remisje, spotykane niekiedy w porażeniu postępującem, należały do rzadkości i traktowaliśmy je jako coś naogół tak bardzo kruchego i znikomego, że jedynie w zupełnie wyjątkowych razach mogły nam one nasuwać potrzebę szczególnych zastrzeżeń przy orzekaniu czy to wtedy, kiedy chodziło o powrót paralityka do odpowiedzialnego stanowiska społecznego, czy wtedy, kiedy szło o powrót do pracy zawodowej, o zdolność do współżycia małżeńskiego, o formalne pozbawienie paralityka „własnowolności” lub o jego „naturalną“ rozporządzalność prawną w sprawach cywilnych, czy wreszcie wtedy, kiedy stawał się on sprawcą czynu, zabronionego przez kodeks karny i chodziło o wypowiedzenie się o jego poczytalności. Sprawa przedstawiała się doniedawna zupełnie jasno: paralityka uważaliśmy ipso facto za niezdolnego do jakichkolwiek działań prawnych, w szczególności nie było też wątpliwości co do tego, że paralityk

od chwili, kiedy nim został, przestał być odpowiedzialnym za swoje czyny, choćby nawet popełnił czyn występny w okresie remisji.

Ponieważ ponadto uważaliśmy paralityka za nadającego się do pobytu w zamkniętym zakładzie psychjatrycznym, w większości zaś przypadków uważaliśmy pobyt paralityka w zakładzie psychjatrycznym za konieczny — wszelkie inne kwestje, związane z sytuacją społeczno-prawną paralityka poprostu przestawały istnieć.

Prawie że zamknięte koło prognozy w porażeniu postępującem nie zostawiało do niedawna furtki dla jakichkolwiek innych dalej idących rozważań na temat zdolności społecznych i prawnych osobnika z ustalonem rozpoznaniem porażenia postępującego.

Próby leczenia porażenia, przedsiębrane oddawna, w szczególności nawet datujące się od mniej więcej 40 lat próby leczenia hyperpyretycznego, nie wywierały istotnego wpływu na nasz brak zaufania do porażenia postępującego i lepszej prognostyki społecznej dla paralityka. Były to próby sporadyczne; mimo zachęcających niekiedy wyników tych prób, nie stosowano ich w psychjatrji masowo i zasadnicze nasze stanowisko, oparte na wymowie wielkich cyfr statystycznych, nie uległo zmianie.

W ciągu ostatnich kilku lat poglądy nasze na rokowanie w porażeniu postępującem zaczęły się przecież chwiać i jesteśmy już dziś świadkami gruntownego ich przeobrażenia pod wpływem tego, co widzimy i o czem słyszymy, jako o wynikach leczenia porażenia zapomocą malarji.

Zapoczątkowana przez Wagner-Jauregga w 1917 r. metoda tego leczenia zdobyła sobie w ciągu tych kilku lat wielu naśladowców, a wyniki jej stosowania przekonywują do niej nawet dotychczasowych sceptyków. Coraz częściej spotykamy się z osobnikami, o których mówi się już nie tak jak dawniej, że są paralitykami w remisji, ale mówi się o nich, że zostali z porażenia postępującego „wyleczeni“.

Remisje, jakie zaczęliśmy teraz obserwować po leczeniu malarją, różnią się od spotykanych dawniej remisji samoistnych tem, że wykazują wyraźną skłonność do trwałości, że poprawa zdrowia psychicznego i fizycznego paralityka, leczonego malarją, sięga głębiej, niż w remisjach samoistnych oraz tem, że spotykamy je w znacznie większej liczbie przypadków, niż remisje u paralityków nieleczonych

Autor najpoważniejszej monografji, poświęconej sprawie leczenia porażenia postępującego za pomocą malarji, Gerstman tak

formułuje swoje wnioski ostateczne co do wyników infekcyjnego leczenia tej choroby: W przeciwstawieniu do remisji samoistnych remisje, następujące po leczeniu infekcyjnem, występują nietylko w postaciach manjakalno-agitacyjnych i ekspansywnych porażenia. ale także i w zwykłem otępieniu paralitycznem. Remisje terapeutyczne mają skłonność do ustalania się: Gerstman obserwował jeszcze w r. 1925 (rok wydania jego książki) remisje trwające bez zmiany powyżej 7-u lat. W całym szeregu przypadków remisje poinfekcyjne osiągnęły taką pełnię, ten stopień nasilenia i posunęły się tak głęboko, jak to w remisjach samoistnych dawniej spotykano tylko w wyjątkowych razach lub nie spotykano wcale. Procentowy stosunek remisji w przypadkach porażenia postępującego, leczonych infekcjami, przewyższa procentowy stosunek remisji spontanicznych od 4-ch do 7-u razy. Zmiany anatomiczno-patologiczne, wywołane w mózgu przez proces chorobowy, w zasadzie nie ulegające regresji w przypadkach remisji spontanicznych, zdają się ustępować w przypadkach porażenia postępującego, leczonego infekcyjnie i ten dobroczynny wpływ infekcji na proces histopatologiczny zdaje się stanowić najistotniejszą cechę, wyróżniającą remisje terapeutyczne od remisji samoistnych.

Gerstman wyróżnia wśród remisji, występujących po leczeniu malarją, remisje zupełne, w których chorzy odzyskują całkowicie zdolność do pracy zawodowej i nie wykazują żadnych przejawów chorobowych lub co najwyżej wykazują ledwo dostrzegalne resztki przejawów przebytego cierpienia, oraz remisje niezupełne. W remisjach niezupełnych, dalej posuniętych, możemy przy badaniu ściślejszem wykryć wprawdzie u leczonych pewne ubytki psychiczne, ubytki te nie rzucają się przecież w oczy, nie sięgają zbyt głęboko i jakkolwiek w pewnym stopniu ograniczają wartość socjalną paralityka w stosunku do jego wartości z okresu przedchorobowego, to przecież nie przeszkadzają mu one pracować w swoim zawodzie i zarobkować na swoje utrzymanie. W remisjach niezupełnych, słabiej zaznaczonych, mamy do czynienia z ubytkami psychicznymi, rzucającymi się w oczy przy powierzchownem badaniu; stan ten oznacza. poprawę w stosunku do objawów ostrzejszych, które występowały przed leczeniem, otępienie psychiczne traci w przebiegu poprawy na jaskrawości, a pozostałości ubytkowe nie wykluczają możności samodzielnego bytowania chorego w warunkach domowych.

Wysuwając w klasyfikacji remisji terapeutycznych porażenia postępującego na pierwszy plan probierz zdolności do pracy

w szczególności zdolności do pracy w zawodzie uprawianym przed chorobą, zdolności zarobkowania i zdolności bytowania paralityka leczonego poza zakładem psychjatrycznym we własnej rodzinie, Gerstman nie zagłębiał się dalej w dziedzinę zagadnień prawno-socjalnych, które mogą powstać w związku z powrotem do społeczeństwa paralityka wyleczonego, czy paralityka w remisji „zupełnej“ lub w mniej lub więcej zaawansowanej remisji niezupełnej.

Więcej szczegółowe zróżnicowanie wyników leczenia porażenia postępującego pod kątem widzenia zagadnień socjalnych przeprowadza w r. 1928 Pönitz [6]) w pracy, poświęconej paralitykowi wyleczonemu z ubytkiem.

Na podstawie danych, zaczerpniętych z piśmiennictwa i na podstawie własnych doświadczeń Pönitz liczy, że około 25% paralitów leczonych metodą Wagner-Jauregga ulega absolutnemu wyleczeniu. Zalicza on do tej kategorji nietylko tych paralityków, u których po leczeniu znikają wszelkie objawy przebytej choroby, ale także i paralityków, u których pozostały po leczeniu pewne objawy somatyczne (nprz. zaburzenie źrenic, zaburzenie odruchów), którym wolałby nadać nazwę objawów bliznowych (Narbensymptome), niż objawów ubytkowych (Defektsymptome) ponieważ nie ograniczają one w żaden sposób sprawności czynnościowej wyleczonego i objawy te nie mają żadnego znaczenia praktycznego i klinicznie są też stosunkowo mało ważne.

Na przeciwległym krańcu stoją przypadki śmierci paralityków w trakcie leczenia malarją, stanowiące—zdaniem Pönitza—też około 25% paralityków leczonych.

Pozostałe 50% przypadków obejmują paralitycy, u których wyniki leczenia występują w postaci względnej. Należą tu przypadki, w których choroba, mimo leczenia, postępuje, ale postępuje w tempie zwolnionem, dalej przypadki, w których po remisjach występują obostrzenia, wreszcie przypadki, w których poprawa nie usuwa objawów ubytkowych, ustabilizowanych przed rozpoczęciem się procesu poprawy.

Część chorych tej ostatniej kategorji ujawnia defekty tak znaczne, że o powrocie ich do samodzielnego życia społecznego nie może być mowy; chorzy ci pozostają w zakładzie na stałe łącznie z pacjentami, dotkniętymi procesem, ujawniającym skłonność do postępującego pogorszenia.

Pozostała jednak i to dość znaczna część paralityków, „wyleczonych z defektem“, nie wymaga pobytu w zakładzie zamknię-

tym. Pacjenci ci opuszczają zakład i mimo swych defektów powracają do społeczeństwa. Ubytki, jakie u tej kategorji paralityków, zajmującej szczególną uwagę Pönitza, pozostają po zwycięskiej walce z chorobą, bywają bardzo różnorodne. U jednych rzucają się one w oczy nawet laikom, inne wykrywa lekarz dopiero przy bliższem zajęciu się chorym, inne ujawniają się dopiero wtedy, kiedy taki „wyleczony" paralityk zetknie się z trudnościami walki o byt wolnego życia w społeczeństwie.

Paralityk wyleczony z defektem nie różni się pod względem somatycznym od paralityka zupełnie wyleczonego. Waga jego ciała po stratach poniesionych w czasie leczenia malarją, powraca do normy, wygląd ogólny jest kwitnący. Objawy neurologiczne mogą ustępować całkowicie, przeważnie jednak zaznaczają się jako objawy bliznowe. (Zaburzenia źrenic, zaburzenia odruchów ścięgnistych).

Objawy humoralne rzadko kiedy ustępują zupełnie, przeważnie łagodnieją tylko. W szczególności liczba komórek w płynie mózgowo rdzeniowym spada poniżej 5 w 1 mm^3, odczyny Nonno-Apelta i Pandy'ego ustępują zupełnie lub zaznaczają się słabo, odczyn Bordet-Wassermanna znika lub występuje słabo i to bądź tylko we krwi bądź tylko w płynie mózgowo-rdzeniowym, krzywa odczynu mastyksowego zbacza w lewo w kierunku odczynu luetycznego.

Redukcja objawów humoralnych często nie odpowiada postępom remisji, trwanie tych objawów wcale nie oznacza nietrwałości poprawy stanu psychicznego paralityka i nie ma wpływu na ustalone objawy ubytkowe, które zawdzięczają swoje pochodzenie zabliźnionym defektom w korze mózgowej wtedy, kiedy dodatnie odczyny płynu mózgowo-rdzeniowego mogą być niewinnymi tylko skutkami zapalnego stanu opon, który Wagner — Jauregg nazywa delikatnie „katarem opon".

W stanie psychicznym paralityka, wyleczonego z defektem, nie występują nigdy jaskrawe objawy psychozy: nie wypowiada on nigdy urojeń, zachowanie się jego jest uporządkowane, można o nim mówić, że nie jest takim, jak inni ludzie, ale nikt nie nazwie go „obłąkanym", „umysłowo chorym". To, co różni „paralityka" wyleczonego z ubytkiem od człowieka zdrowego albo od paralityka wyleczonego zupełnie, nie ujawnia się zazwyczaj przy zwykle stosowanych metodach badania inteligencji. Chorzy tacy orjentują się w stosunkach politycznych, społecznych i gospodarczych zupełnie dobrze, wykonywują rachunki bez zarzutu, dobrze

określają różnice, zapamiętywanie ich nie jest osłabione, wykazują oni nietylko dobrze zachowany zasób posiadanych wiadomości szkolnych, ale nawet zdolność nabywania nowych wiadomości, mogą się wielu rzeczy nauczyć.

Defekty paralityka, wyleczonego niezupełnie są natury znacznie subtelniejszej. W obcowaniu z lekarzem ujawnia on w porównaniu z pacjentem psychicznie pełnowartościowym brak należytego ustosunkowania się do badania i porady lekarskiej: nie zdaje on sobie dobrze sprawy z tego, o co chodzi, przybywa do badania kontrolnego jakby przymuszony, informacje o nim samym i o jego zdrowiu trzeba od niego wyciągać, o okolicznościach ważnych i mniej ważnych mówi z jednakową intonacją, niema w nim tej inicjatywy, jaką objawia zazwyczaj pacjent, przybywający na poradę do lekarza. Paralityk z defektem bywa czasami zlekka euforyczny; nieprzyjemnym zabiegom badawczym (jak np. nakłócie lędźwiowe) poddaje się znacznie łatwiej niż człowiek zdrowy, mało pyta, mało żąda. Mimika paralityka wyleczonego z defektem wydaje się ociężalszą, mniej ruchliwą niż u ludzi zdrowych, monotonną. Reakcje jego na żart, i dowcipy są opóźnione. Mowa jest też monotonna, słabo modulowana. Pönitz zwraca uwagę na to, że paralityk wyleczony z defektem może czytać głośno lepiej niż człowiek zdrowy lub paralityk wyleczony zupełnie, którym poruszania emocjonalne, połączone z badaniem, znacznie więcej przeszkadzają przy płynnem czytaniu i nieraz powodują zacinanie się, zająkiwanie się itd.

Badanie inteligencji tej kategorji pacjentów ma znaczenie praktyczne o tyle tylko, że pozwala na przeprowadzenie ściślejszego porównania stanu chorego po leczeniu malarją ze stanem w okresie, poprzedzającym leczenie.

Bez porównania ważniejszy materjał do oceny stanu psychicznego paralityka wyleczonego z defektem daje nam to, co Anton nazwał „próbą życiową" (Lebensprobe) paralityka. W porównaniu z okresem przedchorobowym paralityk wyleczony z defektem ma mniej konfliktów z otoczeniem. Jest on mniej ożywiony niż był za czasów zdrowia, mniej troszczy się o stosunki towarzyskie z ludźmi, mniej interesuje się tem, co się koło niego dzieje, ma mniej inicjatywy.

Probierz oceny stopnia ubytku intelektualnego u paralityka wyleczonogo na podstawie sprawności w. podjętej nanowo pracy zawodowej wymaga dużej ostrożności. Robotnicy fizyczni, zatrudnieni pracą mało skomplikowaną, obracają się w swoim zawodzie

po przebytej chorobie nietylko zupełnie dobrze, ale nieraz nawet lepiej niż za czasów zdrowia przed zachorowaniem. „Wyleczeni z ubytkiem” zjednywują sobie nieraz bardzo pochlebne opinje chlebodawców i przełożonych dlatego, że są bardzo pilni, nie rozpraszają się, pracują spokojnie. Słabe zainteresowanie się paralityka wyleczonego z ubytkiem sprawami otoczenia, nie odrywa go od czynności mechanicznych; brak mu tej nadwyżki sił, woli i inteligencji, która zdrowego robotnika pobudza do dyskusji, sporów, do zatargów z towarzyszami pracy i obniża jej wydajność wtedy, kiedy chodzi o pracę podobną do pracy zwierzęcia pociągowego w maneżu.

Inaczej rzecz się ma, gdy chodzi o pracowników zatrudnionych pracą więcej skomplikowaną. W zawodzie, uprawianym przed chorobą, paralityk z defektem daje sobie jeszcze jakoś radę z czynnościami prostemi, zaczyna on jednak zawodzić, skoro stanie w obliczu konieczności dostosowania się do zmienionych warunków pracy. Nieraz przeszkodą do uprawiania zawodu przedchorobowego bywa u paralityka brak taktu (nprz. w zawodzie kupieckim) brak subtelniejszego wczucia się w zasadniczą rolę tego stanowiska społecznego, jakie zajmuje chory.

Przydatność społeczna paralityka wyleczonego z defektem zależy nietylko od stopnia defektu, ale w dużej mierze też od charakteru pracy, do której się chory zabiera i od zupełnie przypadkowych warunków, w jakich mu wypada pracować. Często względny stosunek przełożonego wpływa na to, że paralityk trzyma się na pewnem stanowisku długo, wtedy kiedy inny chory z mniejszym może defektem zostaje z pracy usunięty, jeżeli trafi na surowego i więcej wymagającego przełożonego.

Najczulszym odczynnikiem dla oceny restytucji zdrowia psychicznego paralityka jest zachowanie się ozdrowieńca w życiu małżeńskiem. Paralityk wyleczony z defektem może być nieraz znośniejszym mężem niż był przed chorobą, ale nie będzie on już w opinji żony „mężem, jak należy“. Oprócz braku inicjatywy, potrzebnej dla prawidłowego odegrania roli głowy domu paralityk wyleczony z defektem wykazuje niedomagania zarówno w zakresie funkcji seksualnych sensu stricto jak i w zakresie subtelności psychicznych pożycia małżeńskiego.

Szkicując obraz paralityka wyleczonego z defektem, Pönitz przeciwstawia go paralitykowi wyleczonemu całkowicie, który nawet w przypadku posiadania objawów bliznowych zachowuje się tak, jak zachowywał się przed chorobą jako człowiek zdrowy.

Należy mniemać, że uważa on paralityka wyleczonego bez defektu za osobnika pełnowartościowego pod względem społecznym, który może korzystać ze wszystkich praw i powinien spełniać wszystkie obowiązki, jakie więź społeczna nakłada na jednostkę ludzką. Jako objekt orzecznictwa sądowo i społeczno-psychjatrycznego zastanawia go tylko paralityk wyleczony z defektem. Pönitz mniema, że jeżeli w ciągu roku po minięciu objawów ostrych w stanie chorego nie następują zmiany czy to w kierunku poprawy czy w kierunku pogorszenia, defekt psychiczny tej kategorji paralityków można uważać za definitywnie ustalony. W związku z tem nie ma on wątpliwości, że taki ustalony stan ubytkowy psychiki paralityka wyklucza na stałe jego zdolność do utrzymania „wspólnoty duchowej" w małżeństwie, gdyby szło o sprawę rozwodową, oraz że stan ten powoduje utratę zdolności zarobkowych pacjenta i czyni go inwalidą uprawnionym do otrzymania renty (stopnia inwalidności paralityka wyleczonego z defektem w odsetkach Pönitz nie określa).

Sprawa poczytalności paralityka wyleczonego z ubytkiem nie ma, zdaniem Pönitza, praktycznego znaczenia, ponieważ chorzy ci z powodu braku inicjatywy i hypotymji nie wykazują skłonności do czynów występnych. Szczególne trudności nasuwają się u tej kategorji badanych wtedy, kiedy chodzi o orzekanie o ważności dokonanych przez paralityka wyleczonego z defektem aktów cywilno-prawnych. Czy uznać paralityka wyleczonego z defektem za nierozporządzalnego całkowicie lub częściowo, czy uznać ważność sporządzonego przezeń testamentu, czy uznać, że może on być już zwolniony z pod kurateli prawnej, jeśli został ubezwłasnowolniony przedtem, w okresie objawów jaskrawszych, wreszcie czy uznać, że może on po ustabilizowaniu się lekkiego defektu powrócić do odpowiedzialnych stanowisk takich jak stanowisko maszynisty kolejowego, stanowisko szofera, lekarza, aptekarza etc. — oto szereg pytań, na które musi dawać odpowiedź lekarz-rzeczoznawca. W dotychczasowej praktyce swojej Pönitz kierował się przy odpowiadaniu na te pytania względami na dobro publiczne, z odsunięciem na drugi plan interesów zainteresowanych jednostek, zdaje on sobie przecież sprawę z tych trudności, jakie nasuwać się będą rzeczoznawcy, kiedy wypadnie mu orzekać o paralityku, który po przebyciu leczenia przez dłuższy okres czasu trzyma się dzielnie na swojem stanowisku, a jego ubytki psychiczne ujawniać się będą ledwo dostrzegalnie.

Rozważania swoje na ten temat kończy Pönitz następującą

uwagą: „Nie ulega wątpliwości, że wyniki infekcyjnego leczenia porażenia postępującego mają doniosłe znaczenie, że medycyna może szczycić się temi wynikami nawet w przypadkach niezupełnego wyleczenia, nie można przecież zaprzeczyć, że w przypadkach, kiedy paralityk pozostaje przy życiu ze stałym defektem znaczniejszego stopnia, zwycięstwo nasze staje się niekiedy pyrrhusowem". Pönitz zastanawia się nawet nad tem, czy widoki na to, że leczenie malarją nie usunie znaczniejszego ubytku w psychice paralityka, nie powinnoby stanowić przeciwskazania dla samego leczenia—uważa jednak w konkluzji ustalenie tego przeciwskazania za niemożliwe.

Ściślejszą sprawę znaczenia sądowo-psychjatrycznego współczesnych sposobów leczenia porażenia postępującego poruszył w literaturze Schneider. [8]) Artykuł Schneidera, ogłoszony w „Deutsche Zeitschrift für die gesammte gerichtliche Medizin" w r. 1926 (T. VII. S. 333.) dotyczy właściwie tylko tej kategorji paralityków, u których po leczeniu malarją następuje remisja zupełna (Vollremission, według podziału Gerstmana)—uważa on bowiem za mało prawdopodobne, żeby mogły zachodzić jakiekolwiek poważniejsze wątpliwości sądowo-psychjatryczne w przypadkach porażenia niewyleczonego lub doprowadzonego do remisji niezupełnej i nie sądzi, żeby poza kwestją rozwodu zdarzała się częściej potrzeba orzeczeń sądowych u paralityka, ograniczonego w jego sprawności fizycznej. Schneider zastanawia się przedewszystkiem nad tem, czy odzyskana sprawność społeczna, w szczególności odzyskana zdolność powrotu do pracy zawodowej może być uważana jako miernik biologicznego procesu powrotu do zdrowia chorego, cierpiącego na organiczne cierpienie mózgu, jakiem jest paraliż. Posiłkowanie się tego rodzaju sprawdzianem w psychjatrji uważa on za dowód niedoskonałości naszych metod badania klinicznego, jeżeli wyniki tych metod nie pokrywają się z wynikami prób praktycznych. Sprawdzian sprawności zawodowej jest bardzo względnym sprawdzianem, jeśli się zważy, że zależy on nietylko od stanu samego chorego ale i od rodzaju zawodu. Wśród zawodów, wymagających tych samych lub podobnych kwalifikacji intelektualnych, jedne wymagają decydowania i umiejętności dostosowywania się do zmiennych sytuacji, drugie zaś wcale tych wymagań nie stawiają, bo praca toczy się tam monotonnie po tych samych torach. Oceny sprawności zawodowej chorego dostarczają lekarzowi zazwyczaj członkowie rodzin i oceny te często nie obrazują istotnej sprawności zawodowej chorego dość objektywnie.

Zdaniem Schneidera do oceny sądowo-psychjatrycznej paralityka nie wystarczają ani wyniki badania klinicznego sprawności umysłowej paralityka ani próba powrotu paralityka do zajęć zawodowych, ani oba te kryterja razem wzięte. Potrzebne jest jeszcze trzecie kryterjum, a mianowicie znajomość ogólnego obrazu psychologicznego paralityka, pozostającego w remisji.

Paralityk, uchodzący za najlepiej wyleczonego, nie jest wolny od ubytków psychicznych: nie ma on oceny krytycznej własnego stanu chorobowego, takiej, której byśmy nic zarzucić nie mogli; w sferze jego nastrojów zawsze dostrzeżemy jakąś choćby lekką tylko anomalję: najczęściej lekką euforję, rzadziej skłonność do depresji; w życiu towarzyskiem i społecznem nie potrafi on utrzymać tego dystansu, który znamionuje postępowanie taktowne, na stanowisku zawodowem ujawnia on brak elastyczności psychicznej, który utrudnia mu dostosowanie się do zmiennych wymagań bieżących; często bywa on uczuciowo chwiejny—chwiejność ta niekiedy ukrywa się pod maską uporu, czasem ujawnia się w drażliwości, w skłonności do gniewu. Ujawnia on często brak aktywności i inicjatywy lub odwrotnie bywa rozproszony, nadmiernie ruchliwy, zbyt różnostronny w swych zainteresowaniach, prawie zawsze dostrzedz możemy u niego nadmierne poddawanie się wpływowi otoczenia. Wszystko to przemawia za tem, że nawet najlepiej wyleczeni paralitycy nie są wolni od defektów psychicznych.

Schneider nie wierzy w to, żeby paralityk, uznany za wyleczonego, mógł być zagwarantowany od nawrotu procesu chorobowego, lub przynajmniej od wahań w jego stanie psychicznym. A jeśli tak jest, to już sam fakt liczenia się z możliwością nawrotu lub wahań świadczyłby o tem, że proces chorobowy w swej istocie nie może być uważany za zakończony definitywnie. Schneider powołuje się też na badania mikroskopowe mózgów paralityków rzekomo wyleczonych, zmarłych z powodu chorób przygodnych, w szczególności na badania Strauslera i Koskinasa, które mają stwierdzać, że proces anatomiczny choroby nie ustąpił całkowicie, mimo, że objawów klinicznych nie było. Fakt ten ma dla niego znaczenie niemal że decydujące, dowodzi bowiem, że obraz kliniczny nie daje dostatecznych podstaw do wyciągania wniosków o stanie anatomicznym mózgu paralityka i tym sposobem nie daje możności wniknięcia w istotę samą sprawy chorobowej i postawienia należycie umotywawanej prognozy.

Schneider nie godzi się chętnie z pojęciem objawów blizno-

wych, które — jego zdaniem — nie dadzą się ściśle odróżnić od objawów trwającego procesu chorobowego i podkreśla brak kryterjów dla orzekania o trwałości remisji. Jedynem kryterjum mogłoby tu być twierdzenie Wagner-Jauregga, który uważa poprawę zdrowia psychicznego paralityka za ustaloną, jeśli trwa ona 2 lata, o ileby ta opinja znalazła w przyszłości potwierdzenie.

W związku z tym ogólnym poglądem na znaczenie biologiczne tego, co klinicyści nazywają zupełnem wyleczeniem z porażenia postępującego, Schneider nie ma wątpliwości co do orzekania o niepoczytalności paralityka w każdym wypadku konfliktu jego z prawem karnem niezależnie od tego, czy czyn występny został dokonany w okresie wyraźnej choroby, czy w okresie braku objawów klinicznych. Przypadek czynu występnego paralityka w remisji należy zdaniem Schneidra traktować tak samo, jak się traktuje konflikty z prawem karnem paralityka w ukrytem stadjum początkowem jego choroby — przed leczeniem. Czyn występny paralityka, uważanego za wyleczonego, nie może być brany za coś innego, jak tylko za wyraz nawrotu czy obostrzenia procesu chorobowego nawet wtedy, gdyby dokonał tego czynu osobnik, który pozatem zachowywał się zupełnie prawidłowo i prawidłowo spełniał obowiązki swego zawodu. Na opinjowanie o niepoczytalności paralityka w remisji nie może tez mieć wpływu charakter dokonanego czynu występnego, ponieważ niema przestępstw bezwzględnie charakterystycznych dla porażenia postępującego ani takich, którychby nie mógł dokonać paralityk w stadjum trwającej choroby i pod jej wpływem.

Zasadnicze stanowisko, stawiające każdego paralityka pod osłoną przywileju niepoczytalności, bez względu na to, czy był on uważany za wyleczonego czy nie, bez względu na to, czy korzystał on ze wszystkich praw i przywilejów wolnego obywatela w społeczeństwie i zarabiał na swe utrzymanie samodzielną pracą, oraz bez względu na charakter dokonanego przestępstwa, nie powinno, zdaniem Schneidera, zwalniać rzeczoznawcy od obowiązku wyjaśnienia tych okoliczności, które mogły wpłynąć na pogorszenie stanu zdrowia inkulpanta, uważanego za wyleczonego.

Rzeczoznawca powinien zdać sobie sprawę, czy ma do czynienia z przypadkiem recydywy procesu chorobowego, czy z przypadkiem współdziałania przygodnego czynnika kryminalno-patologicznego, jak zatrucie alkoholem, napięcie afektywne, wywołane przez jakąś skomplikowaną sytuację życiową lub inną okoliczność przygodną, czy wreszcie z przypadkiem przygodnych zmian fi-

zycznych w ustroju chorego (jak wzmożone ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego). Jeżeli wszystkie te czynniki dadzą się wyłączyć, rzeczoznawca powinien oświadczyć sądowi, że jakkolwiek bezpośrednio związku dokonanego przestępstwa ze sprawą chorobową nie stwierdził, domniemywa przecie, że istnieje związek przestępstwa z pozostałością po przebytej organicznej chorobie mózgu i istnieją warunki, uzasadniające uznanie inkulpanta za niepoczytalnego.

W związku z tem Schneider mniema, że i w orzeczeniach, dotyczących spraw publiczno-prawnych osobnika, który cierpiał na porażenie postępujące, żaden lekarz nie może brać odpowiedzialności za dopuszczanie paralityka, uważanego za wyleczonego, do ponownego objęcia odpowiedzialnego stanowiska urzędowego. Zasadniczo osobnika takiego winniśmy uważać za nadającego się do spensjonowania nawet w tym przypadku, gdybyśmy przed sądem cywilnym uznać go mieli za rozporządzalnego.

Zupełnie odmiennie traktuje Schneider sprawę rozporządzalności cywilnej paralityka. Sądzi on, że wyniki spółczesnych metod leczenia porażenia postępującego stanowią przestrogę, że nigdy nie należy się spieszyć z ubezwłasnowolnieniem paralityka. W przypadkach dokonanego ubezwłasnowolnienia Schneider uważa za wskazane dążyć do zniesienia kurateli u paralityka „wyleczonego“ gdyż ubezwłasnowolnienie przeszkadzałoby mu w rozwijaniu przywróconej zdolności do pracy zawodowej.

Przeciwstawienie się ze strony lekarskiej dążeniom paralityka w remisji do odzyskania rozporządzalności, utraconej wskutek poprzednio przeprowadzonego ubezwłasnowolnienia, tamowałoby rozpoczęty proces socjalnego zdrowienia paralityka i byłoby wyrazem szkodliwego przeczulenia lekarza na punkcie poczucia odpowiedzialności.

Gdyby rodzina paralityka usilnie nalegała na ograniczenie chorego w prawach cywilnych, Szneider gotówby zgodzić się w pewnych razach na ograniczenie częściowe (doradcostwo) wołałby jednak, żeby wniosek o ograniczenie praw cywilnych paralityka oparł się nie na przesłankach psychjatrycznych, ale na tych przesłankach socjalnych (nprz. marnotrawstwo) które w obowiązujących kodeksach cywilnych uzasadniają ograniczenie rozporządzalności obok przesłanek patologicznych i niezależnie od tych przesłanek.

Przy opinjowaniu w sprawach, dotyczących ewentualnego ubezwłasnowolnienia, nie należy zdaniem Szneidera kłaść zbyt

dużego nacisku na odpowiedzialność, wynikającą z zawodu chorego i nie przyczyniać się tym sposobem do formalnego ubezwłasnowolnienia chorego. W razie konfliktów, na tem tle powstałych, chorego chroniłaby w każdym razie możność powołania się na „naturalną jego niezdolność do działań prawnych", którą mógłby lekarz oprzeć w razie potrzeby na tych samych przesłankach, na jakich opierałaby się ekspertyza, gdyby szło o poczytalność w sprawie karnej.

Zdolność wyrażenia ostatniej woli (ważność testamentu) nie powinna być — zdaniem Schneidra — kwestjonowana u paralityka, uważanego za wyleczonego.

Reasumując swoje wywody, Schneider wypowiada pogląd, że w związku z tem, co dotychczas wiemy o paralitykach, leczonych zimnicą, winniśmy jeśli chodzi o odpowiedzialność karną i publiczno prawną — uważać każdego paralityka za osobnika, dotkniętego organiczną chorobą mózgu i wyciągnąć stąd wszystkie konsekwencje. Jeżeli zaś chodzi o rozporządzalność cywilną, winniśmy dążyć do tego, by paralityk nie tracił jej bez koniecznej potrzeby, a paralityk uznany za wyleczonego mógł ją formalnie z powrotem odzyskać.

Stanowisko, jakie w sprawie sądowo — psychjatrycznej oceny paralityka leczonego zajął Sznejder, ma na widoku prawie że wyłącznie interes indywidualny chorego i różni się pod tym względem bardzo wybitnie od stanowiska jakie zajmuje Pönitz.

Wywody Szneidera spotkały się z polemiką Grosz'a i Strauslera. Obaj zabrali głos w poruszonej przez Szneidera sprawie jako rzeczoznawcy sądowi, Strausler ponadto jako anatom, na którego powołuje się Szneider w swych wywodach.

Grosz i Strausler [4]) nie przypisują istotnego znaczenia sprawie nazywania dodatnich wyników leczenia porażenia postępującego wyleczeniem czy remisją. Godząc się z tem. by najlepsze nawet wyniki leczenia porażenia zimnicą nazywać remisjami, sądzą, że jest powód do zastanowienia się nad poczytalnością paralityka w remisji. Zdaniem obu autorów nie trudno dopatrzeć się tu analogji z innemi sprawami chorobowemi psychiki, w których przebiegu spotykamy okresy jasne (lucida intervalla). W psychozach, przebiegających perjodycznie, spotykamy się często z okresami, w których przedchorobowa osobowość chorego powraca w całej pełni do normy. W tych okresach musimy nieraz przyjmować, że postępowanie badanych jest wolne od wpływów choroby, jak-

kolwiek uświadamiamy sobie dobrze, że podłoże patologiczne, na którem rozwija się ich choroba okresowa, trwa niezmiennie.

Przebiegi perjodyczne spotykamy nietylko w psychozach, uważanych za czynnościowe, ale nieraz spotykamy je także w schizofrenji, której podłoże organiczne jest już prawie ustalone. Jeżeli proces chorobowy schizofrenika uspokoił się zupełnie, jeżeli objawów nie dostrzegamy, musimy uznać takiego osobnika za zdrowego, musimy wyciągnąć stąd odpowiednie konsekwencje sądowo-psychjatryczne, jakkolwiek wiadomo nam, że proces chorobowy drzemiący trwa i może każdej chwili wybuchnąć na nowo.

Ale przecież nawet i przypadki zupełnie wyraźnych uszkodzeń anatomicznych mózgu nie usuwają wątpliwości co do ich oceny in foro. W pierwszym rzędzie wątpliwości takie budzić mogą procesy zakończone z ustabilizowanymi defektami wrodzonymi lub wcześnie nabytymi, jak nprz. porencephalia, porażenie dziecięce, pozostałości po zapaleniu opon mózgowych i mózgowia itp., w drugim rzędzie mogą te wątpliwości budzić także i później występujące procesy patologiczne niezakończone, jak nprz. miażdżyca tętnic z napadami apoplektycznymi już przebytymi przez chorego dawniej, przed sprawą oraz grożącymi choremu w przyszłości. Żadne z tych uszkodzeń anatomicznych mózgu samo przez się nie decyduje—zdaniem Grosza i Strauslera—o kierunku naszych orzeczeń sądowych, które opierać musimy jedynie i wyłącznie na podstawie stanu psychicznego osoby badanej w chwili dokonania czynu występnego, a nie na jakichkolwiek innych podstawach. Autorowi trudno zatem pogodzić się z punktem widzenia Schneidera, który chce uznać za niepoczytalnego każdego paralityka na tej jedynie podstawie, że zdradza on ślady przebytej lub trwającej sprawy chorobowej w mózgu, nie zdradzając równocześnie objawów patologicznych w zakresie funkcji psychicznych.

Doświadczenie poucza, że leczenie zimnicą daje w porażeniu postępującem bardzo daleko idącą restytucję uszkodzonych funkcji psychicznych. Autorowie nie wątpią, że remisje te praktycznie mogą być uważane za równoznaczne z wyleczeniem. Brak całkowitego krytycyzmu w stosunku do przebytej choroby u paralityka wyleczonego, o którym mówi Schneider, nie ma istotnego znaczenia dla sprawy. Brak ten spotykamy przecież także w przypadkach zupełnych wyleczeń po innych psychozach (amentia, poszczególne napady psychozy szałowo-posąpniczej i inne) i łatwo go

możemy zrozumieć. Wyleczeni z psychozy świadomie i nieświadomie unikają wspomnienia przebytej choroby, jako rzeczy nieprzyjemnej, krytycyzm w stosunku do przebytej choroby musi nieraz szwankować dlatego, że pomiędzy odmiennym stanem świadomości chorego w okresie trwania choroby i świadomością normalną po przebytej chorobie istotnie trudno bywa nieraz choremu przeprowadzić most łączący.

Znaczniejsze anomalje nastrojów, wzmożona podatność w stosunku do wpływów otoczenia, brak inicjatywy etc., które Schneider przypisuje paralitykom wyleczonym, trafiają się tylko w tych przypadkach, w których wyleczenie naprawdę nie nastąpiło; tam, gdzie mamy do czynienia z prawdziwem wyleczeniem żadnego z tych uchyleń nie spotykamy.

Grosz i Strausler podzielają pogląd Schneidera, że dla oceny zdrowia psychicznego nie wystarczają ani badania kliniczne ani próby sprawności społecznej osobnika, uznanego za wyleczonego potrzebne jest jeszcze niewątpliwie także i intuicyjne wczucie się w psychologję ozdrowieńca.

To intuicyjne wczucie się w psychologję stanowi integralną część wszelkiego badania psychjatrycznego, nie może się też bez niego obejść badanie sądowo-psychjatryczne. Powrót do pracy zawodowej nie zawsze jest dowodem restytucji przedchorobowej osobowości chorego — probierz ten mógłby mieć dla nas znaczenie decydujące wtedy tylko, gdybyśmy znali dobrze osobowość przedchorobową pacjenta. Jeżeli jednak stwierdzimy, że osobnik, który w okresie choroby przed leczeniem był do niczego niezdolny, a po leczenin podejmuje pracę, wymagającą inicjatywy i zdolności organizacyjnych w ten sam sposób i z takim samym skutkiem, jak to robił przed chorobą, albo jeśli widzimy, że były paralityk po przebytej chorobie wdraża się z dobrym skutkiem do nowej pracy, wymagającej więcej inicjatywy niż wymagała jej praca w zawodzie uprawianym przez pacjenta przed chorobą, to możemy chyba mówić o praktycznem wyleczeniu takiej osoby.

Prawodawca stoi na tem stanowisku, że osobnik, który jest w stanie sprostać ogólnym wymogom życia społecznego, powinien podlegać także i ogólnym normom kodeksu karnego. Wymagania jakie ten kodeks stawia człowiekowi, uznawanemu za poczytalnego, są stosunkowo dość niskie; w wielu razach kodeks przyjmuje przecież poczytalność osób nie zupełnie dojrzałych nawet (okres poczytalności względnej małoletnich).

Obawa recydywy, gdyby była nawet dostatecznie uzasadnio-

na, nie może być momentem decydującym dla oceny sądowo-psychjatrycznej osobnika, którego choroba minęła.

O tem, w jakiej mierze ta obawa jest uzasadnioną, poucza nas doświadczenie kliniczne, które stwierdza, że po remisji trwającej bez przerwy 3 lata i przy ujemnych wynikach badania płynu mózgowo-rdzeniowego recydywa staje się z największą pewnością wykluczoną.

Autorzy powołują się tu na wyniki badań Horna, dotyczące zachowania się płynu mózgowo-rdzeniowego w remisjach pozimniczych, które, ich zdaniem, dają podstawy do oceny trwałości remisji, Z danych, zebranych przez Horna w klinice wiedeńskiej, wynika, że odczyny Wassermanna, globulinowy i odczyn soli złotowych trwają jeszcze przez pewien czas po nastaniu remisji nawet po ustąpięniu reakcji hemolitycznej, po dojściu do normy ilości białka ogólnego i liczby komórek w płynie. Z tą chwilą kiedy po nastaniu remisji ustępują wszystkie reakcje patologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego możemy już zatem uważać remisję, trwającą 3 lata za zupełnie ustaloną i obawę recydywy za całkowicie usuniętą.

Zresztą nie należy — zdaniem Grossa i Strauslera — przeceniać niebezpieczeństwa i znaczenia praktycznego recydywy w przypadkach, w których chodzi o stan badanego tempore criminis, bo z możliwością nawrotu przebytej choroby psychicznej spotykamy się przecież często i możliwość ta nie może ważyć na szali naszych orzeczeń, dotyczących pewnego określonego momentu. Że przedmiotem oceny sądowo-psychjatrycznej musi być zawsze tylko stan psychiczny w pewnym określonym czasie, a nie objawy somatyczne ani też możliwości, jakie te objawy mogą anonsować, świadczy przykład kiły układu nerwowego. U osobnika, dotkniętego kiłą układu nerwowego, możemy stwierdzić sztywność źrenic obok dodatnich reakcji płynu mózgowo-rdzeniowego. Niebezpieczeństwo wybuchu porażenia postępującego u takiego osobnika jest — jak wiemy z doświadczenia — bardzo znaczne. Mimo to przecież nie uważamy takiego osobnika za psychicznie chorego i nie uznamy go za niepoczytalnego, na tej tylko podstawie, że stwierdzamy u niego objawy, świadczące o zmianach anatomicznych w jego ośrodkowym układzie nerwowym.

Ponieważ Schneider powołuje się w swoich argumentach na to, że przypadki porażenia postępującego, uważane za wyleczone klinicznie, nie są wyleczone, anatomicznie, Strausler, jako autor

pracy, cytowanej przez Schneidera, podnosi, że dotychczasowe badania anatomiczne dotyczą tylko przypadków względnej poprawy, przeważnie zmarłych w trakcie leczenia zimnicą, nie był zaś anatomicznie badany dotychczas ani jeden przypadek całkowitej i długotrwałej remisji porażenia po leczeniu malarją.

Jeżeli w przypadkach śmierci podczas leczenia malarją stwierdzono rozbieżność pomiędzy wynikiem badań anatomicznych i objawami klinicznymi, to na podstawie prac Strauslera i Koskinasa można tę rozbieżność rozumieć tylko w ten sposób, że cofanie się procesu anatomicznego w porażeniu poprzedza remisję kliniczną, a nie odwrotnie. Restytucja funkcji, upośledzonych przez specyficzne zmiany anatomiczne substancji mózgowej następuje w drodze kompensacyjnego współdziałania części zdrowych stopniowo i nastąpić może dopiero wtedy, kiedy ten mechanizm kompensacyjny zastąpi trwałe spustoszenia, wywołane przez proces anatomiczny. Należy mniemać, że we wszystkich tych przypadkach, w których stwierdzono po śmierci cofanie się zmian histologicznych pod wpływem zimnicy, nastąpiłaby w następstwie także i daleko idąca remisja objawów klinicznych. Rozbieżność pomiędzy stanem psychicznym i zmianami histologicznemi w mózgu zachodzi, jak wiadomo, także i w tym kierunku, że znane są przypadki, w których histologicznie stwierdzono typowy obraz zmian patologicznych w mózgach osób zmarłych z powodu chorób cielesnych, u których za życia nie stwierdzono żadnych oznak zaburzenia psychicznego. Na podstawie dotychczasowych badań anatomicznych Strausler mniema, że porażenie postępujące może być wyleczone anatomicznie; stwierdzenie naukowe tego przypuszczenia jest tylko kwestją czasu.

W świetle tych okoliczności Groszowi i Strauslerowi wydaje się nieuzasadnionem stanowisko Schneidera, który bierze za podstawę do oceny sądowej stanu psychicznego paralityka w remisji te przypuszczalne zmiany, jakie mogłyby się znaleźć w mózgu badanego na stole sekcyjnym.

Jeżeli znane nam są przypadki remisji, trwających do 10 lat, w których dawni paralitycy zajmują odpowiedzialne stanowiska społeczne i zadawalniają wszelkie stawiane im wymagania socjalne, to niema powodu wątpić, że praktyczne wyleczenie w porażeniu postępującem jest możliwe.

Grosz i Strausler przeciwstawiają się też kategorycznie wywodom sądowo-psychjatrycznym Schneidera, który stawia zbyt wysokie — ich zdaniem — wymagania dla poczytalności w sprawach

karnych w przeciwstawieniu do zbyt niskich wymagań dla rozporządzalności cywilnej. Sądzą oni, że sprawę należy postawić raczej odwrotnie.

Dostosowanie się psychjatrji sądowej do celów i zadań socjalnych, jakim służy kodeks karny, zniewala ją do tego, żeby w orzeczeniach, dotyczących poczytalności, oceniała wyniki badań klinicznych pod kątem widzenia niższej skali wartościowania w porównaniu ze skalą stosowaną w orzeczeniach, dotyczących rozporządzalności cywilnej.

Nie ulega wątpliwości, że podporządkowanie się przepisom prawa obowiązującego wymaga od jednostki zróżniczkowanego i dość subtelnego odczuwania etycznego i dość znacznej zdolności dostosowania się do warunków socjalnych. W postępowaniu karnosądowem decydującym musi być przecież wzgląd na interes publiczny, który odgrywa zupełnie drugorzędną rolę w czynnościach cywilno-prawnych psychjatry. W zakresie spraw cywilnych najważniejsze i najczęściej spotykane są sprawy o ubezwłasnowolnienie, w których chodzi prawie że wyłącznie o interes prywatny jednostki i jej krewnych. Ponieważ interes publiczny społeczeństwa odsuwa się tu na drugi plan, psychjatra ma możność brać pod uwagę w tych sprawach warunki indywidualne nawet bardzo subtelnej natury i uwzględniać ten moment indywidualny w swej opinji. Założenia wyłącznie psychjatryczne doprowadzają nas do wniosku, że alkoholik nałogowy, który nie zdradza jeszcze wyraźnych zaburzeń psychicznych, powinien być już zawczasu ubezwłasnowolniony, gdyż tylko to uratować może jego i jego rodzinę od grożącej im ruiny materjalnej, mamy natomiast daleko idące zastrzeżenia co do uznania go za niepoczytalnego w każdym przypadku popełnienia przez alkoholika czynu występnego.

Grosz i Strausler godzą się ze Schneiderem, że niema potrzeby spieszyć się zbytnio z ubezwłasnowolnieniem paralityka, dopóki nie ujawnia on jaskrawych zaburzeń psychicznych; sądzą oni, że u wielu paralityków można się bez ubezwłasnowolnienia całkowicie obejść, uważają jednak że nie byłoby dość uzasadnionem odmawiać równocześnie paralitykowi wyleczonemu poczytalności i czynić go niepoczytalnym.

Najpoważniejsze trudności praktyczne stwarzać mogą orzeczenia, dotyczące zdolności paralityka w remisji do podjęcia na nowo czynności zawodowych połączonych ze szczególną odpowiedzialnością (nprz. czynności lekarza, aptekarza etc.), Gross i Strausler sądzą jednak, że w tych przypadkach, w których po zachowaniu

wszelkich ostrożności i po sprawdzeniu wszelkich okoliczności stwierdzamy objektywnie **remisję zupełną**, nie powinniśmy stawiać przeszkód do powrotu byłego paralityka do zawodu, uprawianego przez pacjenta przed chorobą.

Pozwoliłem sobie obszerniej streścić wymianę myśli, jaka wywiązała się w piśmiennictwie psychjatrycznem na temat poczytalności paralityka postępującego w okresie remisji pomiędzy Schneiderem z jednej a Groszem i Strauslerem z drugiej strony, ponieważ dyskusja ta oświetla dość wielostronnie te wszystkie zagadnienia, jakie nasunąć się muszą w orzecznictwie sądowem i społecznem przypadków porażenia postępującego, uważanych za wyleczonych lub w przypadkach porażenia postępującego w remisji.

W dyskusji zabrał głos także Salinger[7]) który przechyla się raczej ku wywodom Grosza i Strauslera niż ku poglądom Schneidera, radzi tylko by sprawy zbytnio nie uogólniać i traktować ją bardzo ostrożnie i indywidualnie.

Wywody obu stron, biorących udział w dyskusji, są nawskroś teoretyczne — żadna z nich nie przedstawia na poparcie swego stanowiska przypadków porażenia, któreby budziły wątpliwości rzeczoznawcy lub ilustrowały stanowisko autorów, na konkretnym przykładzie paralityka w remisji jako objektu orzeczenia sądowo — lub społeczno — psychjatrycznego.

Pierwszy i jedyny dotychczas przyczynek kazuistyczny do poruszanego tu zagadnienia spotykamy dopiero w artykule psychjatry duńskiego Wimmer'a, noszącym tytuł: „Çonsidérations médico-légales sur les paralitiques généraux, guéris par la malariathérapie" i ogłoszonym w „L'Encephal" (r. 1928, zesz, 7 str. 569—578).

Przypadek Wimmer'a dotyczy 45-letniego szewca, oskarżonego o dotkliwe pobicie swej żony oddanego pod obserwację psychjatryczną d. 10. III 1928 r. W ciągu 14 letniego pożycia małżeńskiego ze swą drugą żoną, z którą pobrał się w 1914 r., badany był karany sądownie za podobne występki w r. 1915 i 1925. Pobicie żony, będące przedmiotem sprawy miało miejsce w lutym 1928 r.

Badany, osobnik o średniej inteligencji, nadużywał alkoholu, był znany ze swego nieustatkowania i wybuchowości ze skłonnością do brutalnych aktów gwałtu. Badany zakaził się kiłą w r. 1910, a w 1922 uległ zaburzeniu psychicznemu, rozpoznanemu jako porażenie postępujące (urojenia wielkościowe, niedorzeczne, gonitwa wyobrażeń, halucynacje wzrokowe, dyzartrja, zaburzenia pisma 70 limfocytów w $1m^3$, płynu, odczyn Wassermana b. silnie zaznaczony).

W czasie od 15. I 1923 do 13. VIII 1924 badany przebywał w zakładzie psychjatrycznym, gdzie był leczony malarją w lutym i marcu 1924 r. Po 8-u napadach zimnicy stan chorego poprawił się tak znacznie, że mógł on opuścić zakład i powrócić do swej pracy zawodowej mimo, że odczyn Wassermanna we krwi występował jeszcze dodatnio. Praca zawodowa szła mu nieźle, jakkolwiek nie mógł już zarobić tyle, ile potrzeba było na utrzymanie rodziny. Po przebytej chorobie badany stał się naogół łagodniejszym, przestał nadużywać alkoholu, stał się domatorem. Przy badaniu klinicznem w r. 1928 u badanego nie stwierdzono objawów rozstroju psychicznego, nie stwierdzono też somatycznych objawów, któreby można było odnieść na karb trwającego porażenia postępującego, stwierdzono natomiast brak odruchów kolanowych.

Ze względu na to, że będący przedmiotem sprawy sądowej akt brutalnego obejścia się z żoną był powtórzeniem takich samych aktów, dokonywanych przez oskarżonego za czasów zdrowia, Wimmer orzekł wobec sądu, że inkryminowany badanemu czyn występny nie stoi w związku z przebytą chorobą psychiczną i niema powodu do przypuszczeń, aby poczytalność badanego była zniesioną w chwili dokonywania czynu występnego, jaki miał miejsce w $3^1/_2$ roku po opuszczeniu przez badanego zakładu psychjatrycznego w stanie remisji.

Przypadek Wiemmera możemy uważać za przypadek remisji niezupełnej z wyraźnym defektem w zakresie sprawności socjalnej, ciekawy przez to, że czyn występny oskarżonego można było zaliczyć na rachunek jego przedchorobowych skłonności i z pewną dozą prawdopodobieństwa wyłączyć przy tym czynie wpływ przebytego porażenia postępującego i powstałego po nim ubytku psychicznego.

Zachęcony przykładem Wimmera, pozwalam sobie podać poniżej opis obserwowanego w Tworkach przypadku, który nastręczał nam, jako rzeczoznawcom, bezporównania większe trudności.

M. G., stale zamieszkujący w Warszawie, z zawodu „ćwiartownik" rzeźni i handlarz końmi, wyznania mojżeszowego, mający lat 38, został skierowany do Szpitala w Tworkach z mocy decyzji Sądu Okręgowego w Mławie, jako oskarżony o udział w zbrojnym napadzie rabunkowym, dokonanym w Nasielsku w nocy z 28 na 29 lipca 1927 r.

Bandyci przybyli do Nasielska samochodami, zatrzymali się w pobliżu miasta, z bronią w ręku wtargnęli do mieszkania dzierżawcy młyna parowego Jungsteina, zadali ciężką ranę postrzałową głowy właścicielowi mieszkania, który nazajutrz skutkiem odniesionej rany zmarł, ranili także jego żonę, ograbili mieszkanie i tym samym samochodem, którym

przybyli, zbiegli w kierunku Warszawy. W okolicy Henrykowa koło Pelcowizny samochód bandytów popsuł się i dzięki temu przypadkowi pościgowi policyjnemu, który udał się niezwłocznie w pogoń za bandytami udało się dogonić go i zatrzymać szofera oraz jednego z uczestników wyprawy. W tym samym czasie patrol policji warszawskiej zatrzymał w okolicy Pelcowizny dwóch podejrzanych osobników, idących pieszo. Jednym z zatrzymanych był karany już sądownie za udział w napadach rabunkowych K, drugim -- nasz pacjent M. G., także już przedtem notowany w Urzędzie Śledczym jako „zawodowy złodziej i brylanciarz" i także już sądownie karany. K. nie miał na sobie czapki, bo czapka jego pozostała, jak wynika z dalszego śledztwa, na miejscu zbrodni w Nasielsku. Obaj zatrzymani nie przyznawali się do łączności z zatrzymanym w pobliżu samochodem, mówili, że spotkali się ze sobą przypadkowo. W toku dalszego śledztwa K. i szofer przyznali się do udziału w napadzie na mieszkanie Jungsteinów, obaj oni potwierdzili podejrzenia policji o udziale w napadzie M. G., którego ponadto poznała przy konfrontacji, jako uczestnika napadu, sąsiadka ofiar napadu Jungsteinów. Wiele okoliczności przemawia za tem że udział pacjenta naszego M. G. w napadzie był czynny, jeśli nawet nie organizatorski: on to, jak sądzić można z zeznań współoskarżonych, najmował samochód, on zagroził szoferowi w drodze powrotnej, że oskarżać go będzie o zabójstwo Jungsteina, gdyby szofer wyjawił nazwiska uczestników wyprawy, kiedy po zepsuciu się samochodu uczestnicy wyprawy mieli się rozproszyć i była obawa, że samochód dostanie się w ręce policji.

Nie ustalono jednak, czy M. G. brał bezpośredni udział w samym akcie zbrojnej inwazji, w szczególności, czy to on strzelał do Jungsteinów czy też udział jego ograniczył się tylko do stania na czatach.

Pomimo wielu obciążających go zeznań i okoliczności M. G. nie przyznaje się do udziału w zbrodni. Zarówno w toku śledztwa jak i podczas pobytu w szpitalu stoi on mocno na stanowisku zręcznie skonstruowanego alibi, twierdzi, że w dniu zatrzymania go odprowadzał nocną porą swoją znajomą na Pelcowiznę, że tam przypadkowo spotkał K., a obciążające go zeznania świadków i współoskarżonych nazywa krótko i bez namysłu kłamstwem i nie zadaje sobie trudu, żeby je prostować. Nieprzekonywujące zeznania swoje M. G. powtarza zawsze bez wahania i kategorycznie, nigdy nie popada ze sobą w sprzeczność i jest pewien, że sąd nie mógłby go ukarać, bo nie będzie miał dowodu jego winy.

Powodem do badania poczytalności M. G. było stwierdzenie, że oskarżony był leczony dwukrotnie w zakładach psychjatrycznych, przebywał on mianowicie w Szpitalu Ś-go

Jana Bożego od 28/4 1924 do 30/6 1924 r., a potem na oddziale psychjatrycznym Szpitala na Czystem od 7/12 1924 do 17/2 1925 r.

Z odpisu karty szpitalnej naszego pacjenta z czasów jego pobytu w Szpitalu Ś-go Jana Bożego dowiadujemy się, że przybył on tam dostarczony przez żonę, w stanie podniecenia, niedokładnej orjentacji, wielomówności z gubieniem wątku myślowego, że w czasie pobytu w Szpitalu wypowiadał jaskrawe urojenia wielkościowe (mówił, że jest właścicielem 500 miljonów rubli, że ma dom, samochód, 6 krów, 3 wozy etc.). Stwierdzono ponadto w Szpitalu Ś-go Jana Bożego nierówność i opieszałą reakcję źrenic na światło, niewyraźną mowę Chorego leczono rtęcią i salwarsanem, ale rozpoznania nie ustalono jeszcze definitywnie. Rozpoznanie porażenia postępującego jest zaopatrzone na karcie szpitalnej znakiem zapytania, świadczących o wątpliwościach. G. został zwolniony z zakładu w stanie „pewnego złagodzenia objawów chorobowych".

W pięć miesięcy po opuszczeniu Szpitala Ś-go Jana Bożego dostaje się G, na oddział psychjatryczny Szpitala na Czystem, gdzie rozpoznanie jego cierpienia nie budzi już żadnych wątpliwości: Z wywiadów, zanotowanych w karcie szpitalnej, dowiadujemy się, że G. od pewnego czasu zaniedbywał się w swoich obowiązkach, począł się natomiast interesować tem, co go dawniej nie obchodziło, że często skarżył się w domu na bóle głowy i miewał w domu napady bardzo silnego podniecenia. Przy badaniu objektywnem w Szpitalu na Czystem stwierdzono u G. zniekształcenie źrenic, zupełne zniesienie odruchu świetlnego prawej źrenicy i znaczne osłabienie tego odruchu po stronie lewej, drżenie rąk i palców. drżenie kończyn dolnych, żywe odruchy kolanowe, zachowane odruchy ze ścięgien Achillesa, zahaczanie się przy zgłoskach, przepuszczanie zgłosek, przekręcanie słów, niedostateczną orjentację w czasie, wyraźne zaburzenia pamięci i zapamiętywania (nie pamięta, czy go kto odwiedzał, na drugi dzień po odwiedzinach, nie pamięta, jak dawno jest żonaty, jak długo przebywa w szpitalu, nie pamięta imion wszystkich swoich dzieci) jaskrawe błędy w najprostszych rachunkach (np. $5 \times 4 = 14$.)

W Szpitalu na Czystem stwierdzono też u chorego wybitnie dodatni odczyn Wassermanna we krwi (++++) i płynie mózgowo-rdzeniowym (+++ przy dawce 0,05) dodatni odczyn Nonne-Apelta (++) i 26 limfocytów w $1 mm^3$. płynu. G. został poddany w Szpitalu na Czystem leczeniu malarją, odbył 16 napadów gorączkowych codziennych, bezpośrednio potem otrzymał injekcję neosalvarsanu w dawce 0,15.

Już dn, 28.I 1925 r. G został zwolniony na urlop dwutygodniowy do domu. Pacjent nie wraca już do Szpitala i na żądanie żony zostaje definitywnie skreślony z listy

chorych w dn. 17.II 1925 r. Żona podała wówczas, że G. czuje się i zachowuje znacznie lepiej.

Co się działo z pacjentem od tego czasu aż do chwili zaaresztowania go w nocy z 28 na 29 lipca 1927 r., wiemy tylko od niego samego.

W kilka tygodni po wyjściu ze Szpitala miał on zabrać się nanowo do swego zwykłego zajęcia: do pracy w rzeźni. Zajęcie polegało na obdzieraniu skóry z zabitych wołów i ćwiartowaniu mięsa. Praca była dość uciążliwa. Bywały dnie, że oprawiał po 10 sztuk bydła, nieustępując pod względem sprawności najsilniejszym i najwięcej wprawnym swoim towarzyszom. Zarabiał od 80 do 180, a nawet i 200 złotych tygodniowo. Umiał on, jak sam o tem mówi, i pobocznie zarobić przy swej pracy: gdzie się dało wypraszał od klijentów rzeźników kawałki mięsa, czasami przywłaszczał je sobie samowolnie, zabierał odpadki, to, czego nie mogła zużytkować w domu żona, sprzedawał i powodziło mu się zupełnie dobrze,

M. G. przybył do Tworek na obserwację dn. 3.VI 1928 r. Przy przyjęciu do Szpitala i przez cały czas pobytu w zakładzie orjentuje się on zupełnie dobrze w miejscu, czasie, otoczeniu. Wie o co jest oskarżony, zna bardzo dobrze akta swojej sprawy, do winy się nie przyznaje, obciążające go zeznania i okoliczności sprawy, konsekwentnie odpiera twierdzeniem o swojem alibi i o kłamliwości zeznań współoskarżonych. Za chorego się nie uważa.

Badany jest wzrostu słusznego, budowy ciała prawidłowej, dobrze odżywiony. Tony serca głuchawe. Narządy wewnętrzne bez zmian. Twarz mało ożywiona gra mimiczną, może nieco maskowata, unerwienie twarzy prawidłowe.

Źrenica prawa znacznie szersza od lewej obie źrenice nie reagują na światło. Nieznaczne włókienkowe drżenie języka. Odruchy rogówkowe i spojówkowe zachowane, odruch gardzielowy osłabiony. Odruchy kolanowe żywe. Odruchu Babińskiego niema. Objawu Romberga niema. Rozstawione palce rąk nie drżą. Czucie skóry nie wykazuje zaburzeń. Badanie krwi na odczyn Wassermanna dało dn. 16.VI wynik ujemny, w 3 tygodnie potem dn. 7.VII 1928 r. wykazało ślad odczynu dodatniego (+). Powtórne badanie, dokonane dn. 14.VII dało znów ślad odczynu dodatniego (+). Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, dokonane dnia 2.VII 1928 dało wynik następujący: 8 limfocytów w 1 mm³., odczyny Nonno-Apelta i Pandy'ego ujemne. Odczyn Wassermanna dodatni (++), Przy badaniu powtórnem dn. 19.IX otrzymano ten sam wynik.

Badany zachowuje się przez cały czas obserwacji najzupełniej przytomnie. Kontakt jego z otoczeniem jest łatwy, nastrój równy, bez jakichkolwiek tendencji do rozrzewniania się, płaczu lub szczególnej wesołości. Odpowiedzi daje

zawsze dorzeczne, umie skupić uwagę, nie gubi nigdy wątku myślowego w rozmowie. Nie wypowiada nigdy urojeń i odnosi się zupełnie krytycznie do tych urojeń, które wypowiadał za czasów poprzednich pobytow w zakładach psychjatrycznych w r. 1924.

Zasób myślowy badanego jest wogóle dość ubogi. W dzieciństwie chodził on tylko do chederu, w szkole nie był i językiem polskim włada słabo. Nie zna on ani abecadła, ani nie umie czytać i pisać po polsku, nie zna polskich nazw miesięcy, ale mimo to orjentuje się w ich numeracji. Dnie w tygodniu nazywa dobrze. Proste rachunki wykonywa pamięciowo prawidłowo:
$3 \times 28 = 84$; $3 \times 25 = 75$; $4 \times 15 = 60$; $7 \times 25 = 175$; $16 + 7 = 23$; $23 + 67 = 90$;

Rachunków z większemi liczbami nie podejmuje się wykonać.

Badany liczy od 1 do 20 i wspak sprawnie, bez omyłek zna nazwy zaledwie kilku większych miast, zna nazwiska dwóch ostatnich Prezydentów, orjentuje się z gruba co do roli marszałka Piłsudskiego, wie które państwa brały udział w wojnie europejskiej. Różnicę pomiędzy drzewem i krzakiem, rzeką i stawem, krową i koniem, pomiędzy kłamstwem i omyłką określa naiwnie i prymitywnie.

Badany spostrzega szybko, prawidłowo i sprawnie. Dostrzega niedorzeczności na rysunkach odrazu, szybko orjentuje się co do treści pokazywanych mu obrazków. Przy pokazywaniu mu obrazków niedokończonych domyśla się ich znaczenia szybko. Przy badaniu metodą Bernsteina zatrzymuje w pamięci 5 figur z 9 pokazanych mu. Z pięciu danych mu do zapamiętania wyrazów pamięta po 5 minutach 4.

Biorąc pod uwagę, że badany jest człowiekiem mało kulturalnym, że obracał się on zawsze w środowisku ludzi mało inteligentnych, trudno dopatrywać się w wynikach badania jego intelektu czegoś więcej ponad ograniczoność wynikającą być może tylko z zaniedbanegn rozwoju.

Poziom moralno-etyczny badanego nie jest wysoki: wiemy, że był karany więzieniem za kradzież, w Urzędzie Śledczym notowany jest jako zawodowy złodziej. Nie można przecież powiedzieć, żeby zatracił on uczucie wstydu co do swej kradzieży. O pobycie swoim w więzieniu mówi on niechętnie, stara się winę swoją w zarzucanych mu czynach występnych zmniejszyć, nie ujawnia on w najsłabszym stopniu tego naiwnego opowiadania o tem, co go może kompromitować jak to robią chorzy otępiali.

Zachowanie się badanego w zakładzie jest zawsze poprawne: stosuje się on chętnie do regulaminu, w stosunku do personelu zakładu jest zawsze grzeczny i uprzejmy, w stosunku do innych chorych nie zawsze bywa krytyczny i na

zaczepki niektórych chorych odpowiada czasami przejawami irytacji, którą zresztą umie szybko opanować.

Badany zawsze jednakowo i bez pomyłki wylicza co robił w dniu poprzedzającym jego aresztowanie i również zawsze jednakowo podaje okoliczności, które sprawiły, że znalazł się w nocy na Pelcowiźnie.

Z opowiadania badanego wynikałoby, że w dniu poprzedzającym jego aresztowanie był on rano zajęty w rzeźni, że po spożyciu obiadu w domu załatwiał swoje sprawy w związku rzeźników, że wieczorem był w teatrze gdzie spotkał swoją znajomą z Pelcowizny, którą po skończonem przedstawieniu odprowadzał do domu. Ze znajomą miał po drodze w krzakach stosunek płciowy. Kiedy wracał z powrotem do domu spotkać miał K.

Ma to dowodzić jego alibi. Jakkolwiek twierdzenia jego w świetle znanych okoliczności śledztwa są mało przekonywujące—trudno w samym tym fakcie wykręcania się człowieka oskarżonego o zbrojny napad rabunkowy i zagrożonego ciężką karą doszukiwać się dowodu takiego osłabienia krytycyzmu, który moglibyśmy bez zastrzeżeń zapisać na rachunek otępienia paralitycznego.

Z pewnem przecież zastrzeżeniem możemy twierdzić, że krytycyzm badanego jest osłabiony.

Mamy tu do czynienia z przypadkiem niewątpliwego porażenia postępującego, które po leczeniu zimnicą uległo remisji tak znacznej, że chory powrócił do swoich zajęć zawodowych i trybu życia, jaki prowadził przed chorobą. Remisja trwa zdaje się bez wahań w ciągu $2^1/_2$ lat. Ze wzg ędu na wyniki badań krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego, jak również ze względu na pewne pozostałości neurologiczue, maskowatość twarzy i osłabienie krytycyzmu musimy zaliczyć ją do kategorji wyleczenia z ubytkiem. Po $2^1/_2$ rocznem trwaniu remisji pacjent staje się objektem sprawy karnej, jako oskarżony o ciężkie przestępstwo (udział w napadzie rabunkowym z pozbawieniem życia).

Zarzucany naszemu pacjentowi czyn występny nie jest w jego życiu czemś zasadniczo nowem: jeszcze przed chorobą był on znany policji jako „zawodowy złodziej i brylanciarz", wiemy też że był karany sądownie za kradzieże. Przestępstwo, zarzucane naszemu pacjentowi, nie jest przestępstwem, któreby samo przez się, jak to nieraz bywa, zdradzało charakterystyczne otępienie psychiczne paralityka. Zbrojny napad rabunkowy, w którym pacjent nasz miał—według aktu oskarżenia—brać czynny udział, wymaga dużej energji, szybkiej i dobrej orjentacji, czujności i zręczności, przedewszystkiem zaś wymaga umiejętności planowania i skoordynowanego współdziałania z towarzyszami zbrodni.

Pomimo to przecież stwierdziliśmy u badanego słabość jego sądów, która nie pozwala mu rozumieć w całej pełni znaczenia jego czynów, a ze względu na widoczne pozostałości przybytej organicznej choroby mózgu musimy powątpiewać o całkowitej jego zdolności kierowania swem działaniem. Nie mamy zatem podstaw, do pozytywnego wypowiedzenia się o całkowitej poczytalności badanego, mamy natomiast dane, wskazujące na jego poczytalność zmniejszoną.

Licząc się z brakiem pojęcia poczytalności zmniejszonej w obowiązującym kodeksie karnym, wydaliśmy o badanym orzeczenie, kwalifikujące go do przywilejów niepoczytalności.

Rozważania czysto teoretyczne łącznie z analizą obserwowanych konkretnych przypadków remisji po przebytem porażeniu postępującem, w szczególności zaś przypadków sądowych, doprowadzają mnie do następujących wniosków.

Porażenia postępującego nie możemy już uważać za chorobę nieuleczalną i nieubłagalnie wytrącającą chorego poza nawias życia społecznego. Wielu z paralityków odzyskuje pod wpływem leczenia infekcyjnego zupełną sprawność socjalną. Jeżeli odzyskana sprawność socjalna trwa u paralityka w remisji przez czas dłuższy, jeżeli przy ponownych badaniach kontrolnych nie dostrzegamy ani zaburzeń psychicznych ani objawów somatycznych właściwych dla porażenia postępującego, w szczególności przy całkowicie negatywnym wyniku badania krwi i płynu mózgowordzeniowego, mamy prawo uważać paralityka za wyleczonego i winniśmy wyciągnąć stąd wszelkie konsekwencje dla orzecznictwa sądowo i społeczuo-psychjatrycznego. Dwuletni czas trwania uważany przez Wagner-Jauregga za dostateczny sprawdzian trwałości remisji, należałaby dla pewności przedłużyć do lat 3-ch. Po upływie tego czasu paralityk wyleczony całkowicie i bez ubytków psychicznych powinien być uważany za poczytalnego i rozporządzalnego, a wszelkie akty prawne, dokonane przez takiego osobnika, od tej chwili za ważne. Z pewnemi zastrzeżeniami odnośnie do przestarzałego nieco ujęcia t. zw. przerw jasnych (lucida intervalla) oparłbym się w zasadzie na motywach, jakiemi posługują się w swoich wywodach Grosz i Strausler. Dołączyłbym do nich jeszcze następujący:

Stawanie przed sądem w charakterze oskarżonego nie jest zawsze tylko przykrym obowiązkiem i ciężarem dla wolnego obywatela. W wielu razach możność stawienia się do sądu staje się równocześnie prawem, które pozwala oskarżonemu bronić się

przeciwko stawianym mu zarzutom. Badanie poczytalności zazwyczaj poprzedza rozprawę sądową. Negatywne orzeczenie psychjatry zamyka oskarżonemu drogę do obrony w decydującym momencie sprawy.

Jeżeli z pozbawieniem tego subtelnego prawa obrony na rozprawie sądowej nie potrzebujemy liczyć się w naszych orzeczeniach w przypadkach głębszego roztroju psychicznego, który ipso facto uniemożliwia oskarżonemu wszelką obronę i sprawia to, że potrzeba leczenia osobnika badanego przesłania wszelkie inne względy, to inaczej musimy odnieść się do oskarżonych, którzy posiadają świadomość swoich czynów i poczucie etyczne, ujawnione w ich życiu socjalnem. Pozbawienie takich ludzi prawa obrony dlatego tylko, że wiemy, iż kiedyś przechodzili organiczną chorobę mózgu, która im dziś w życiu socjalnem nie pszeszkadza mogłoby się stać w pewnych razach ciężką krzywdą dla nich samych. Wyobraźmy sobie, że dany paralityk, który po przebytej kuracji cieszy się dobrem zdrowiem, przez dłuższy czas korzysta z przywilejów wolnego obywatela i pełni sumiennie swoje obowiązki społeczne, zostanie pomyłkowo lub złośliwie oskarżony o to lub inne przestępstwo, nielicujące z jego światopoglądem etycznym. Wypowiadając się o niepoczytalności takiego osobnika, pozbawiamy go możności oczyszczenia się z niesłusznie postawionych mu zarzutów, a nieraz może przyczynilibyśmy się tym sposobem w następstwie naszego orzeczenia do pozbawienia go pracy, którą uprawiał z korzyścią dla własnego zdrowia i ku pożytkowi ogólnemu.

Gdyby paralityk wyleczony stał pod zarzutem dokonania zabójstwa, ciężkiego uszkodzenia ciała, zgwałcenia lub podpalenia, orzeczenie nasze musiałoby, po myśli cz. 2 § 39 K. K., pociągnąć za sobą konieczność umieszczenia go w zakładzie psychjatrycznym i zostałby on pozbawiony wolności może zupełnie niepotrzebnie, może ze szkodą dla niego samego, dla jego rodziny i dla interesu publicznego.

Omawiając kryterja poczytalności w swej Psychopatologji Kryminalnej, Birnbaum nazywa wszystkie te przesłanki. które wykraczają poza granicę psychjatryczno-psychologicznych formuł poczytalności. zastosowanych w prawie, kryterjami „obcemi istocie rzeczy" (Wesensfremd). Zaliczyłby on niewątpliwie do kategorji „obcych istotnie rzeczy" przesłanek także i ten punkt rożważań moich, dotyczący konsekwencji orzeczenia o niepoczytalności osobnika, który przebył porażenie postępujące.

Sądzę, że wzgląd na okoliczności socjalno-etyczne, w jakich może się znaleźć oskarżony, zasługuje przecież na uwagę tam, gdzie chodzi nie o martwą literę prawa, ale o losy żywego człowieka, zwłaszcza dziś kiedy coraz śmielej toruje sobie drogę myśl, że przedmiotem wymiaru sprawiedliwości powinno być nie oderwane od życia pojęcie przestępstwa, ale żywy człowiek, który przestępstwo popełnia.

Uznanie paralityka po 3-letnim trwaniu remisji bez objawów humoralnych za poczytalnego i pełnoprawnego obywatela usunęłoby może też największą trudność orzecznictwa w sprawach, dotyczących uzdolnienia paralityka wyleczonego do ponownego zajęcia stanowisk, połączonych ze szczególną odpowiedzialnością. Trzy lata próby na stanowisku mniej odpowiedzialnem dałoby już może wskazówkę, czy można byłemu paralitykowi powierzyć stanowisko więcej odpowiedzialne, w każdym bądź razie ten okres próby byłby wystarczający dlatego, by były paralityk wdrożył się do innego zajęcia, mniej odpowiedzialnego i zabezpieczającego mu byt na wszelki wypadek.

W stosunku do paralityków, u których nastąpiła remisja z ubytkiem, jak również w stosunku do paralityków, którzy jeszcze 3-letniej próby ich zdrowia nie przeszli, musielibyśmy zająć stanowisko odmienne. Sądze, że w tych przypadkach moglibyśmy defekty nabyte potraktować analogicznie z wrodzonymi defektami psychiki oligofreników i psychopatów. Defekty znaczniejsze usprawiedliwiałyby orzeczenie o niepoczytalności i zniesionej rozporządzalności, podobnie jak usprawiedliwia takie orzeczenie znaczny stopień inferjoryzmu psychicznego w przypadkach oligofrenji i ciężkie przejawy zwyrodnienia psychicznego w przypadkach psychopatji wrodzonej.

W przypadkach defektów lżejszego stopnia musielibyśmy paralityka traktować jako osobnika o poczytalności zmniejszonej i rozporządzalności ograniczonej. O ile w sprawach cywilnych nie nastręczałoby to żadnych trudności prawnych, musielibyśmy w sprawach karnych doginać nasze orzeczenia do obowiązującej w prawie karnem formuły, stosownie do nasilenia objawów ubytkowych, tak, jak to czynimy wtedy, kiedy mamy do czynienia z klasyczną poczytalnością zmniejszoną wielu degeneratów i głuptaków.

Znaczniejszy ubytek psychiczny paralityka wyleczonego zasługiwałby na to, by go traktować jako okoliczność, warunkującą trwałą niezdolność do pełnienia obowiązków służby publicznej

i uzasadniającą przeniesienie urzędnika w stan spoczynku. Paralityk wyleczony z ubytkiem powinienby być traktowany jako inwalida. Określenie stopnia niezdolności do pracy zarobkowej zależałoby od stopnia ograniczenia sprawności socjalnej posiadanej przed chorobą.

Wszelkie umowy, zawarte przez paralityka w okresie remisji z ubytkiem, a więc i umowy ślubne, jak również rozporządzenia testamentowe, sporządzone przez paralityka, u którego dałoby się stwierdzić ubytki psychiczne po przebytej chorobie, winny podlegać unieważnieniu.

Defekt psychiczny, dający się stwierdzić u paralityka w remisji, winien być też w każdym przypadku uznany za okoliczność, wyłączającą wspólnotę duchową w stadle małżeńskiem i dawać powód do rozwodu w tych przypadkach, w których sprawa rozwodowa jest możliwą.

Paralityk wyleczony z ubytkiem mógłby — mojem zdaniem składać przed sądem zeznania jako świadek; należałoby go tylko zwolnić od przysięgi i nie uznawać jego zeznań za wiążące dla Sądu.

W przypadkach porażenia postępującego niewyleczonego, w których proces chorobowy trwa, jak również w przypadkach ustabilizowanych ubytków znacznego stopnia mielibyśmy do czynienia ze stanem, warunkującym całkowitą niepoczytalność w sprawach karnych i zupełną nierozporządzalność cywilną chorego. Chorzy tacy podlegaliby ubezwłasnowolnieniu bez zastrzeżeń, umowy ich i rozporządzenia podlegałyby unieważnieniu, choroba ich, trwająca przez czas prawem przewidziany, stanowiłaby powód do rozwodu, należałoby ich też uznać za niezdolnych do stawania przed sądem w charakterze świadków.

Już po napisaniu mego artykułu znalazłem w ostatnim zeszycie „Revue neurologique" ze stycznia 1929 r. notatkę o włoskiej pracy Carlo Goria, dotyczącej tej samej sprawy oraz streszczenie przemówień dwóch psychjatrów belgijskich Alexandra i Nyssena, wygłoszonych na ten sam temat na połączonem posiedzeniu belgijskiego Towarzystwa medycyny mentalnej (Societé de médicine mentale) i Towarzystwa medycyny sądowej. Świadczy to o zainteresowaniu, jakie budzi sprawa orzecznictwa w przypadku porażenia, leczonego malarją. Pracy Goria'i w oryginale nie znam, ze streszczenia jej trudno zorjentować się co do stanowiska jakie zajmuje autor. Wywody Aleksandra i Nyssena pokrywają się w zasadzie z wywodami Grossa i Strauslera, do których się przyłączam. Nad odczytem Aleksandra i Nyssena wywiązała się dyskusja, której jeszcze w sprawozdaniu drukowanem nie ogłoszono.

Piśmiennictwo

1. Birnbaum Karl. Kriminal-psychopathologie Systematische Darstellung. Berlin. Springer. 1921.

2. Gerstman Joseph. Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse Wien. Verl. G. Springer. 1925.

3. Gorja Carlo (Turin) Le questioni e le consequenze medico-legali relative al trattamento moderno della paralisi progressiva. Quaderni di Psichiatria an 14 n. 7 — 81927 (Refer. Revue neurologiques 1929 N. 1. str. 151).

4. Grosz Karl u. Ernst Straussler. Zur Frage der forensischen Bedeutung der Wagner-Jauregg-schen Paralysebechandlung. Zeitsch. f. die ges. Neur u. Psych. 1927 Bd. III. S. 485.

5. Aleksander (Bruxelles) Nyssen (Anvers). La paralysie generale au point de vue medico-legal. Odczyt wygłoszony d. 22. XII 28 na wspólnem posiedzeniu Société de médicine légal de Belgique. Refer. w Revue neurologiques 1929 N. 1.

6. Pönitz Kark. Der defektgeheilte Paralitiker. Zeitsch. f. die ges. Neur. u. Psych. 1928. 113 Bd. S. 703.

7. Salinger. Sądowe znaczenie leczenia malarją porażenia postępującego. Monatschrift für Kriminal-psychologie 1928. — Streszczenie w Czasopismie—sądowo-lekarskiem w Nr. 4.

8. Schneider Karl. Die forensiche Bedeutung der neuzeitlichen Paralysebehandlung, Vortrag gehalten am. 26. XI. 1925 in den forensisch psychiatrischen Voreinigung zu Dresden. Deutsche Zeitsch. f. die gesammte gerichtliche Medicin. 1926 VII Bd. 3. 333 — 343.

9. Wimmer August. Considérations médico-legales sur les paralitiques généreaux gueris par la malariatherapie. L'Encephale 1928 N. 7.

O dochodzeniu ojcowstwa drogą badań biologicznych.

Podał

LUDWIK HIRSZFELD.

Jeżeli zastrzykniemy zwierzęciu obce białko, surowica jego nabiera własności swoistego strącania białka zwierzęcia, użytego do zastrzyku. Jak wiadomo na tem polegają t. zw. odczyny precypitacyjne. Za pomocą takiej surowicy jesteśmy w stanie odróżniać białko człowieka od białka zwierząt. Metoda ta zyskała rozległe zastosowanie w medycynie sądowej.

Za pomocą wyżej wspomnianych precypityn jesteśmy jednak jedynie w stanie odróżniać białko różnych gatunków, nie możemy jednak stwierdzić, do jakiego osobnika należy dane białko, krew i t. p. Stwierdzamy zatem swoistość gatunkową, nie stwierdzamy swoistości indywidualnej. Doświadczenie jednak wykazało, że zapomocą metod serologii można wniknąć głębiej i stwierdzić własności charakteryzujące coprawda nie oddzielne osobniki, ale pewne grupy osobników. Okazało się bowiem, że krew ludzi nie jest serologicznie identyczna. Wiemy obecnie, że na odległych krańcach świata, w Europie północnej lub środkowej z jednej, w Azji środkowej z drugiej strony powstały dwa odmienne typy krwi, zarysowały się jak gdyby dwie prarasy biochemiczne, które nazwaliśmy z Dungernem rasami A i B. (H. i L. Hirszfeld). Wędrówki narodów przemięszały te rasy serologiczne, tak że spotykamy je niemal wszędzie, ale w nierównej proporcji. Cecha A znajduje się na skutek swego pochodzenia w większej ilości na północy i zachodzie, cecha B na południu i wschodzie. Spotykamy ludzi pozbawionych cech A i B, serologicznie nie zróżniczkowanych, którą to grupę nazwaliśmy grupą O. Wreszcie cechy te mogą spotkać się w jednym osobniku wytwarzając mieszańca A B. Wi-

dzimy zatem, że ludzkość jest mięszaniną typów nie tylko antropologicznie, ale i serologicznie odrębnych: krew różnych osobników różni się pomiędzy sobą. Niezmiernie ciekawem jest, w jaki sposób te różnice w obrębie jednego gatunku stwierdzić można. Udaje się to dzięki temu, że ludzie zawsze zawierają w surowicy swojej przeciwciała, skierowane przeciwko cechom nieobecnym w krwinkach. Jest to jak gdyby odwieczny antagonizm krwi, wyrażając się w tem, że w surowicy osobnika grupy A znajdują się ciała strącające krwinki i odwrotnie, osobnik grupy B aglutynuje krwinki grupy A, osobnik grupy O znajduje się w tej samej sytuacji obronnej przeciwko osobnikom A i B, jedynie surowica osobnika grupy A B, należącego do obydwu ras nie zawiera przeciwciał zupełnie. Przeciwciała te określamy zwykle, jako anty-A i anty-B. Szemat następujący wyświetla stosunek przeciwciał, zawartych w surowicy, do krwinek.

Grupy	I	II	III	IV
Krwinki zawierają	O	A	B	AB
Surowica zawiera	anty-A anty-B	anty-B	anty-A	—

Otóż ta przynależność grupowa krwi umożliwia niejednokrotnie stwierdzenie, do jakiego osobnika należy dana krew.

Jeżeli jesteśmy w posiadaniu surowicy znanej A i B, a zatem zawierającej anty-B i anty-A, możemy określić, grupę przestępcy, wzgl. ofiary i stwierdzić, czy rzeczywiście krew jest tego pochodzenia, które podaje oskarżony. Określenie grupy krwi możliwe jest również u trupa i należałoby właściwie we wszelkich wypadkach sekcji sądowej określać grupę krwi, co może ew. niezmiernie ułatwić późniejsze dochodzenie. W starych plamach krwi stwierdzenie grupy jest już bardzo utrudnione, ponieważ krwinki zostały zniszczone. Często, choć nie zawsze, można jednak stwierdzić, do jakiej grupy krwi należy skrzepła plama, określając ciała odpornościowe w wyciągu z plamy.

Metoda indywidualnej diagnozy krwi znalazła zatem zastosowanie w medycynie sądowej; użycie swoje głównie jednak zyskała ona dzięki zjawisku, stwierdzonemu przez Dungerna i przezemnie w r. 1910, że cechy krwi się dziedziczą. Jeżeli mianowicie rodzice posiadają cechy A lub B, cechy te przeważnie występują u dzieci, mogą jednak czasami zniknąć. Jeżeli jeden z rodziców nąleży do grupy A wzgl. B, drugi do O,

mniej więcej połowa dzieci posiada cechę A, druga połowa należy do grupy B. Jeżeli jeden z rodziców należy do grupy AB, cechy te mogą się rozczepiać, t. z. jedno dziecko należy do grupy A, drugie do grupy B. Dziedziczy się zatem nie przynależność grupowa, a cechy serologiczne A i B, które są jednostkami dziedzicznemi.

Nie mogę tutaj dokładniej omawiać teorji tych zjawisk, a chciałbym jedynie wspomnieć, że w 15 lat po stwierdzeniu faktu dziedziczenia przez Dungerna i Hirszfelda, matematyk niemiecki Bernstein ujął wzajemny stosunek grup A i B w sposób nieco odmienny. Podług jego teorji rodzice grupy AB nie mogą mieć dziecka należącego do grupy O, jeśli rodzice należą do grup O i AB, dzieci nie mogą mieć grupy O i AB, a mogą należeć jedynie do grup A lub B. Ponieważ formułka Bernsteina przez niektórych medyków sądowych jest stosowana, to podaję w tabliczce oczekiwane potomstwo podług teorji pierwotnej, jak i również zmodyfikowanej przez Bernsteina.

OCZEKIWANE POTOMSTWO.

Rodzice!	Podług Dungerna-Hirszfelda!	Podług Bernsteina!
OxO	O	O
OxA	O,A	O,A
OxB	O,B	O,B
AxA	O,A	O,A
BxB	O,B	O,B
AxB	O,A,B,AB	O,A,B,AB
OxAB	O,A,B,AB	A,B
AxAB	O,A,B,AB	A,B,AB
BxAB	O,A,B,AB	A,B,AB
ABxAB	O,A,B,AB	A,B,AB

Tabliczka powyższa wykazuje możność praktycznego zastosowania badań grup krwi dla dochodzenia ojcowstwa. A zatem jeżeli dziecko należy do grupy O, nie jesteśmy w stanie wydać bliższego sądu o ew. ojcu, albowiem grupa O dziecka może się pojawić zawsze, nawet jeśli jej nie było u rodziców. Jeśli dziecko należy do grupy A lub B, musimy badać krew matki. Jeśli matka należy do tej samej grupy, dochodzenie ojcowstwa jest niemożliwe. Jeżeli jednak dziecko należy do grupy B, a matka do O lub A, jednem słowem we wszystkich przypadkach, gdy dziecko posiada cechę nieobecną u matki, musimy znaleść ją u ojca. Jasnem jest, że zastosowanie naszej metodyki nie zawsze jest możliwe, dziecko musi należeć do innej grupy

niż matka, ojciec prawdziwy do innej niż domniemany. Ojca należącego do grupy O — a do tej grupy należy około 40% europejczyków, nie będziemy w stanie nigdy wykryć. Badania wykonane obecnie na bardzo szeroką skalę i obliczenia teoretyczne wykazały jednak, że mniej więcej w 85% przypadkach można było wykryć ojca. Nic też dziwnego, że metoda nasza została oficjalnie wprowadzona i używa się obecnie bardzo często. Ma to pewne znaczenie psychologiczne. W piśmiennictwie były opisane przypadki, w których mężczyzna adoptował dziecko pod wrażeniem stwierdzenia, że posiada jego krew. Odmowa dania krwi dla badania jest już często uważana, jako obawa i wyraz złego sumienia. Więcej nawet: w bardzo ciekawych pracach badacz niemiecki Schiff starał się określić, jak często kobiety w doszukiwaniu alimentów przysięgają fałszywie. Bez wątpienia szerokie stosowanie tej metody w dużym stopniu ułatwi nam stwierdzenie prawdziwego ojca.

Jak wspomniałem, mniej więcej w 85% badanie daje możność wykrycia ojca. Jasnem jest, że można byłoby o wiele częściej stwierdzić prawdziwego ojca, gdyby udało się znaleźć więcej cech, niż jedynie cechy A i B. Już w naszych pierwszych pracach z Dungernem mogliśmy podać szereg metod wykazujących dalej idące różnice indywidualne krwi. Dopiero jednak ostatnio Landsteiner i Lévine mogli udoskonalić metody indywidualnej charakterystyki krwinek. Autorom udało się stwierdzić 3 nowe cechy grupowe, nazwane: M,N i P. Badanie przedwstępne, przeprowadzone na 160 rodzinach, wykazują z dużem prawdopodobieństwem, że mamy tu również do czynienia z cechami dziedzicznemi i że cechy M i N nie pojawiają się u dzieci, jeśli ich nie było u rodziców. Dziedziczenie tych cech M i N nie jest coprawda zupełnie niezależne i ilość możliwości, oczekiwanych przez kombinację tych cech, jest w rzeczywistości mniejsza niż moglibyśmy oczekiwać według rachunku prawdopodobieństwa. Pomimo tego możność operowania nie 2, a 4 cechami ogromnie wzbogaca metodę. Państwowy Zakład Higjeny pracuje obecnie nad zdobyciem surowic charakteryzujących te nowe cechy. Nie wątpię, że sprawa dochodzenia ojcowstwa i indywidualnej charakterystyki krwi jest obecnie bliska rozstrzygnięcia i że być może w niedalekiej przyszłości będziemy w stanie w każdym przypadku określić nietylko, kto ojcem danego dziecka być nie może, ale kto ojcem jest. Metodyka nasza będzie mogła wtenczas w każdym przypadku zapewnić dziecku należną mu opiekę prawdziwego ojca.

(Z zakładu Medycyny Sądowej U. J. w Krakowie. Dyrektor: Prof. Dr. Z. Wachholz.)

Śmiertelne, samobójcze otrucie formaliną.

podał

Dr. JAN OLBRYCHT.

Profesor Medycyny Sądowej U. J. w Krakowie.

Aczkolwiek mija już czwarty dziesiątek lat od chwili pierwszych publikacyj o działaniu formaldehydu i aczkolwiek z eksperymentów Aronsona, Fischera, Tommasi-Crudelli'ego Iwanowa i innych dowodnie wynika, że formalina w jakikolwiek sposób i w jakiemkolwiek rozcieńczeniu wprowadzona do ustroju może szybko sprowadzić jego śmierć, to jednak ostre zatrucia formaliną należą do bardzo rzadkich. Stosunkowo najczęściej jeszcze można się z niemi spotkać w piśmiennictwie amerykańskiem. W Niemczech o pierwszym, śmiercią zakończonym przypadku otrucia formaliną zdawał sprawozdanie z końcem 1913 rcku Schmorl, a szczegółowo ten przypadek opracował w 1917 roku Lange. W naszym zakładzie i w naszem piśmiennictwie poniżej opisany przypadek jest pierszym. Wogóle zaś w piśmiennictwie swiatowem udało mi się zebrać tylko 17 przypadków. (Bock, Klüber, Zorn, Gerlach, Levison, Schap, Humpstone i Lintz, Bover· Ely, Hoyt. Watt, Moorchead, Schmorl-Lange, Vercalli, Kline, Commandeur i Brochier. March). Dziesięć z tych przypadków zakończyło się zejściem śmiertelnem zaś reszta mniej lub więcej ciężką chorobą. We wszystkich przypadkach była wprowadzona formalina do ustroju drogą ust; w bardzo przeważającej ich większości przypadkowo wskutek omyłki, w jednym przypadku (Commandeur i Brochier) w celu spędzenia pło-

du, w dwuch przypadkach (Levinson, Watt) prawdopodobnie w zamiarze samobójczym, zaś w jednym przypadku (Vercalli) na pewno w zamiarze samobójczym. Mój zatem przypadek byłby drugim pewnym przypadkiem samobójczego, śmiertelnego otrucia formaliną.

Historja tego przypadku przedstawia się jak następuje:

Dnia 30/XI 1924 około godziny 7-mej wieczorem powróciła do domu z restauracji razem ze swoim mężem w stanie podchmielenia A. D. 32-letnia kobieta, żona sanitarjusza miejskiego. Pokłóciwszy się z mężem, z którym żyła od dłuższego czasu w niesnaskach, udała się do kuchni i tu wypiła w zamiarze samobójczym duży kieliszek (mniej więcej 45 gr) stężonej formaliny, używanej przez męża do celów dezynfekcyjnych. Prawie natychmiast wystąpiły gwałtowne bóle w brzuchu i w klatce piersiowej i krzyk o ratunek. Mąż wybiegł z domu celem zatelefonowania po Pogotowie Ratunkowe. Gdy wrócił do domu, a tuż potem przybyło Pogotowie, znajdowała się żona w stanie zupełnego zapadu (in ultimis) i mimo energicznych zabiegów ratowniczych (między innemi wstrzykiwania śródsercowe środków nasercowych, sztuczne oddechanie, sonda żołądkowa i t. p.) stan jej nie poprawił się i zmarła mniej więcej w godzinę po wypiciu formaliny.

Nazajutrz, w 20 godzin po śmierci, wykonałem sekcję zwłok która wykazała:

Zewnętrznie: Zwłoki kobiece dobrej budowy i odżywienia, 150 cm. długie. Plamy pośmiertne rozległe, sino-szaro-czerwone na częściach tylnych i bocznych zwłok. Stężenie wszędzie miernie utrzymane. Naturalne otwory ciała wolne. Spojówki wyraźnie nastrzykane. Na powłokach skórnych stwierdza się wszędzie gęsią skórkę. Na ciele zewnętrznie stwierdza się następujące ślady obrażeń: a) czerwień wargowa zbielała, miejscami naskórka pozbawiona, żółto-brunatno zabarwiona, zeschnięta. b) na wewnątrz brodawki sutkowej lewej skóra od nalewki jodowej żółto zabarwiona i w tem miejscu 4 ranki wielkości ziarna prosa, krwią nieznacznie podbiegnięte, wydzielające woń kamfory i eteru, c) takaż sama ranka na brzuchu po stronie lewej. d) wzdłuż obu łuków żebrowych smugowate otarcia naskórka 9 cm długie. 3 cm szerokie, krwią niepodbiegnięte, pergaminowato zeschnięte, brunatno zabarwione. Zresztą na ciele nie stwierdza się innych śladów obrażeń.

Wewnętrznie: Powłoki czaszki po stronie wewnętrznej nigdzie nieuszkodzone, różowe, soczyste; kości czaszki prawidło-

wo wysklepione i grube, nigdzie nieuszkodzone. Opona twarda dobrze napięta, silnie nastrzykana, zresztą po obu stronach gładka, połyskująca. Opony miękkie wszędzie nastrzykane, różowo-czerwone, jednak cienkie, gładkie, lśniące. Mózgowie prawidłowej budowy, wielkości i konsystencji, silnie ukrwione, wydziela na przekroju słabo wyczuwalną woń formaldehydu. Komórki prawidłowo szerokie, prawie próżne; wyściółka ich gładka. Kora i jądra substancji szarej z odcieniem bardziej różowym. Poza tem przekroje przeprowadzone przez korę, główne ośrodki, móżdżek, most Varola i rdzeń przedłużony nie wykazują zmian chorobowych makroskopowych lub obrażeń. Naczynia na podstawie mózgu cienkie. W zatokach żylnych płynna, może nieco bardziej gęsta, ciemna krew.

Tkanka tłuszczowa podskórna i mięśnie dobrze rozwinięte, w miejscu opisanych powyżej ran injekcyjnych krwią podbiegnięte. Stan przepony po obu stronach 4-ta przestrzeń międzyżebrowa. Ułożenie trzew prawidłowe. Krtań i tchawica z przodu in situ rozcięte zawierają bardzo obfity, szklisty, lekko różowo podbarwiony śluz. Błona śluzowa zaróżowiona, nastrzykana, rozpulchniona. Tarczyca prawidłowej budowy i wielkości, dobrze ukrwiona, o zachowanym rysunku, bez zmian chorobowych. W śródpiersiu przedniem resztki tłuszczowo przeobrażonej grasicy. Płuco lewe w szczycie i w częściach tylnych wiotko z opłucną żebrową zrośnięte, płuco prawe wolne. Opłucne obu płuc poza zrostami cienkie, gładkie, lśniące, bez wybroczyn. Oba płuca prawidłowej budowy i wielkości, wszędzie powietrzne, prawidłowej konsystencji i elastyczności. Powierzchnia drzekıoju ciemno-czerwono zabarwiona, wydziela za uciskiem ciecz pienistę, jasną, z krwią zmieszaną. W oskrzelach grubszych i średnich obfity, różowy, szklisty śluz. Błona śluzowa nieznacznie rozpulchniona, zaróżowiona. Naczynia płucne, gruczoły okołooskrzelowe bez zmian. W worku osierdziowym 4 łyżki płynnej, krwawo podbarwionej treści. W mniejscu odpowiadającem miejscu w worku osierdziowym dwie ranki wielkości ziarna prosa. Nadto jedną taką, drążącą przez nasierdzie komórki prawej do jej światła, przez którą za uciskiem przedostaje się ciemna, płynna krew. Nasierdzie w tem miejscu nie okazuje podbiegnięcia krwawego, wszędzie cienkie, gładkie, połyskujące.

Serce w wymiarach prawidłowych, w obu swych połowach wiotkie. Przedsionki i komórki prawidłowo szerokie zawierają ciemną, płynną krew. Ujścia żylne i tętnicze swobodnie drożne;

zastawki dobrze domykalne, podobnie jak i wsierdzie cienkie, gładkie, lśniące. Mięsień serca prawidłowej grubości i zabarwienia, wiotki, nieco ćmy. Tętnica główna liczy 5.2 cm w obwodzie ponad zastawkami, o błonie wewnętrznej biało-żółtawej, równej, gładkiej. Naczynia wieńcowe biegną prostolinijnie, są drożne i bez zmian.

W jamie brzusznej brak nieprawidłowej treści; otrzewna cienka, gładka, lśniąca, blada, tylko na żołądku zaróżowiona nieco nastrzykana. Górny przewód pokarmowy, żołądek, dwunastnica i część jelita czczego, wyjęte w całości celem sporządzenia preparatu muzealnego, wykazują co następuje: Błona śluzowa ust, języka i gardła nie okazuje zmian. W obu zatokach gruszkowatych i w wejściu do krtani stwierdza się dużą ilość jasnego, szklistego, gęstego śluzu. Przełyk skurczony, próżny. Błona jego śluzowa od zatok gruszkowatych aż do wpustu kredowo-blada sucha, matowa. Przy otwarciu żołądka wyczuwa się woń formaldehydu. Żołądek miernie wzdęty zawiera szarą, płynną treść, w której pływają starsze resztki pokarmowe. Błona śluzowa żołądka na szczytach fałdów ciemno-szaro zabarwiona, sucha, jakby ugotowana, zaś między fałdami różowo zabarwiona, również sucha; w dnie zarówno między fałdami jak i na szczytach fałdów stwierdza się ponadto czarne, krótkie smugi, które przy bliższem badaniu okazują się naczyniami żylnemi, wypełnionemi jakby masą injekcyjną, czarno zabarwioną krwią. Cała ściana żołądka, zwłaszcza zaś w części wpustowej i w dnie wybitnie zgrubiała, galaretowato obrzękła. Odźwiernik bardzo silnie skurczony tak, że z trudnością udaje się przeprowadzić branżę nożyczek. Nigdzie na błonie śluzowej żołądka nie udaje się stwierdzić owrzodzeń, nadżerek, lub wybroczyn. Dwunastnica pusta, skurczona, o błonie śluzowej biało-różowej, suchej, wyglądającej zupełnie podobnie jak wyglądają preparaty włożone na kilka godzin do formaliny. I tu brak wybroczyn, nadżerek lub owrzodzeń. Dolna część dwunastnicy i jelito czcze i górny odcinek biodrowego zawierają treść swoistą płynną, z bardzo obfitą domieszką śluzu, błona ich śluzowa okazuje ostre zapalne zmiany nieżytowe, a mianowicie jest bardzo silnie rozpulchniona, żywo-czerwono nastrzykana, tu i owdzie wybroczynami pokryta, gęstym i obfitym śluzem powleczona. Dolny odcinek jelita biodrowego i całe jelito grube zawierają w miernej ilości treść swoistą, ich błona śluzowa blada, bez zmian. Gruczoły krezkowe i zaotrzewnowe niepowiększone. Śledziona mała, o torebce cienkiej, gładkiej, na przekroju

ciemno-wiśniowo zabarwiona, z wyraźnemi grudkami limfatycznemi i zrębem łącznotkankowym, nie obiera się na nożu. Wątroba prawidłowej budowy i wielkości okazuje na dolnej powierzchni płatu lewego w miejscu przytykającem do żołądka biało-żółtawe zabarwienie torebki i miąższu na grubość 2 milimetrów, które w tych miejscach wyczuwają się suche. Zresztą wszędzie torebka cienka, gładka, powierzchnia równa, miąższ na przekroju brunatno-czerwono zabarwiony, dobrze ukrwiony, o wyraźnym rysunku. W woreczku żółciowym skąpa, płynna, ciemno-żółta żółć. Drogi żółciowe drożne. Obie nerki prawidłowo ułożone, małe; torebka ich cienka, łatwo schodzi; powierzchnia gładka; konsystencja prawidłowa; zabarwienie, rysunek i odgraniczenie obu substancyj bez zmian makroskopowych. Kieliszki, miedniczki i moczowody drożne. Pęcherz moczowy skurczony, próżny; jego błona śluzowa pofałdowana, blada. Macica nieznacznie powiększona, w jej przedniej ścianie tuż poniżej dna włókniak wielkości śliwki z obfitymi złogami soli wapniowych. Błona śluzowa jamy macicy przerosła, ciemno-wiśniowo zabarwiona, przekrwiona. W jajniku lewym ciałko żółte menstruacyjnej zresztą przydatki prawidłowe. Oba nadnercza dość małe. o jednakowo szerokich i prawidłowo zabarwionych substancjach. Lipoidy obfite. Trzustka prawidłowej budowy i wielkości, dobrze ukrwiona, o zachowanym rysunku, bez zmian chorobowych. Kości tułowia i kończyn nieobrażone.

Badania spektroskopowe krwi wykazało widmo złożone, zawierającej smugi pochłonne oxyhemoglobiny i hemoglobiny redukowanej.

Badanie mikroskopowo narządów (z wyjątkiem systemu nerwowego), przeprowadzone na skrawkach mrożonych i celoidynowych, barwionych Sudanem III + hematoksylina, hematoksylina + eozyna, oraz sposobem van Giesona wykazało największe zmiany w przewodzie pokarmowym, a głównie w żołądku, co się jasno tłumaczy najdłużej tutaj trwającem działaniem formaliny. Przedewszystkiem uderza bardzo silne przekrwienie, rozszerzenie i wypełnienie naczyń krwinkami jakby masą injekcyjną i nie tylko w obrębie śluzówki, lecz w obrębie całej ściany żołądka. Dalej zwraca uwagę doskonałe utrwalenie wszystkich warstw żołądka. a w szczególności nabłonka śluzówki, jakie się widzi tylko na preparatach za życia utrwalonych. Wreszcie zauważa się stosunkowo dość liczne ciałka białe eozynochłonne. Im dalej od żołądka, to zmiany te przybierają charakter raczej zmian nieżytowych. To samo tyczy zmian w drogach oddechowych, gdzie te

zmiany nieżytowe są jeszcze o wiele słabiej zaznaczone. Nerki okazują poza przekrwieniem zwyrodnienie miąższowe nabłonków przeważnie w cewkach krętych. W narządach rodnych-poza typowem utkaniem włokniaka ze złogami soli wapniowych w macicy oraz poza stanem miesiączkowym-innych zmian nie stwierdzono. Tak samo reszta narządów poza znacznem ich przekrwieniem zresztą bez zmian.

E p i k r y z a. Objawy chorobowe w niniejszym przypadku można zredukować jedynie do gwałtownych bólów w brzuchu i klatce piersiowej, rychłej utraty przytomności i szybko dołączającego się zapadu i śmierci. O kompletnym obrazie chorobowym nie można mówić dlatego, że denatka z powodu udania się jej męża po Pogotowie Ratunkowe nie była przez nikogo obserwowaną, zaś przybyli lekarze Pogotowia Ratunkowego zastali ją już in extremis. W każdym razie śmierć dorosłej kobiety nastąpiła bardzo rychło po stosunkowo niewielkiej dawce formaliny, bo mniej więcej w godzinę po wypiciu około 45 gramów stężonej formaliny.

Rozpatrując przypadki zatruć formaliną innych autorow, uderza w nich znaczna rozbieżność w opisie obrazu chorobowego zatrutych, a również zauważa się znaczne różnice między ilością użytej formaliny, a ciężkością obrazu chorobowego oraz szybkością zejścia śmiertelnego tak, że trudno jest na tej podstawie podać jednolity zespół objawów charakterystyczny dla otrucia formaliną. Zdaje się, że jeszcze bardziej niż przy innych otruciach odgrywa tu obok ilości główną rolę stopień zgęszczenia, w jakim się formalina dostała do żołądka, dalej czy część jej została związana przez znajdujące się w żołądku pokarmy i w ten sposób pozbawiona działania, wreszcie czy i jak wcześnie zastosowano leczenie. Z najbardziej jeszcze stałych objawów należy wymienić szybką utratę przytomności, przyspieszenie oddychania i tętna, bóle żołądka i gardła, lepki pot, sinica, dławienie i wymioty, długotrwały bezmocz, potem białkomocz z obecnością kwasu mrówkowego w moczu oraz biegunki.

Obraz anatomiczny w naszym przypadku (pominąwszy ślady po wstrzykiwaniach dosercowych i otarcia naskórka na klatce piersiowej po sztucznem oddychaniu) przedstawia stosunkowo nieznaczne zmiany w poszczególnych narządach, a mianowicie nastrzykanie spojówek ocznych, wyraźna woń formaldehydu w jamie czaszki i żołądku, przekrwienie wszystkich narządów, słabe zapalne objawy podprażnienia dróg oddechowych, zwyrodnienie

miąższowe nabłonków nerkowych oraz ostre zapalenie nekrotyzujące żołądku i górnego odcinka jelita cienkiego, jednak bez śladu nadżarcia, wreszcie zmiany dyfuzyjne na dolnej powierzchni lewego płatu wątroby.

Badanie drobnowidzowe potwierdza w zupełności makroskopowy obraz anatomiczny z tem, że zarówno w błonie śluzowej dróg oddechowych, jak i przewodu pokarmowego, a zwłaszcza żołądka, zauważa się liczne ciałka białe eozynochłonne. Nadto należy zwrócić uwagę na bardzo charakterystyczny w naszym przypadku brak nadżarcia błon śluzowych przewodu pokarmowego, zwłaszcza żołądka, oraz znakomite utrwalenie komórek, zwłaszcza nabłonków żołądkowych, jakie się zwykło spotykać tylko w preparatach po włożeniu do formaliny żołądka, wyjętego z całkiem świeżych zwłok straconych na mocy wyroku, lub wyjętego przy operacji.

Podobnie jak w naszym przypadku nie spostrzegli Levison, Schmorl-Lang'e oraz Commandeur-Brochierw swoich przypadkach żrącego działania formaliny na błonę śluzową przewodu pokarmowego, a zwłaszcza żołądka. Natomiast wszyscy inni autorowie spostrzegali rozmaitego stopnia nadżarcia w przewodzie pokarmowym. Tę różnicę możnaby wytłumaczyć, — niezależnie od stężenia formaliny — z jednej strony szybkością zejścia śmiertelnego, z drugiej zaś strony zbyt może dużym dodatkiem kwasu mrówkowego we formalinie,

Trudną jest odpowiedź na pytanie, czem wytłumaczyć tak rychłą śmierć w naszym przypadku. Najłatwiej byłoby ją odnieść do przemiany barwnika krwi występującego — jak wiadomo — pod działaniem formaliny i następowego upośledzenia metabolizmu tlenowego, albo do zatrucia alkoholem metylowym, jaki się zwykle w dość dużych ilościach (10% — 29%) w kupnych rozczynach formaliny znajduje. Ani jednak badanie krwi, ani objawy chorobowe, ani szybkość zejścia śmiertelnego nie dają żadnej podstawy w kierunku powyższych przypuszczeń i dlatego byłbym skłonny przyjąć jako przyczynę śmierci wstrząs (shock) czyto na drodze odruchowej, czy też przez bezpośrednie zadziałanie szybko wchłoniętego formaldehydu na ważne ośrodki życiowe. Przemawiałyby za tem: gwałtowny ból, odgrywający zwykle przy wystąpieniu wstrząsu niemałą rolę, szybka utrata przytomności, zapad i śmierć mimo energicznych zabiegów ratowniczych.

Piśmiennictwo

1. Aronson, Berl. Klin. Wochschr., 1892.
2. Bock, Indiana Med. Journ. 1899.
3. Bower. The Journ. of the Americ. Med. Assoc. 1909.
4. Commandeur i Brochier, Bull. de la Soc. d'obstétr. et de gynécol. 1926.
5. Ely, The Journ. of the Americ. Med. Assoc. 1910.
6. Fischer, The Journ. of Experim. Med. 1905.
7. Gerlach, Münch. med. Wochschr. 1902.
8. Hoyt, The Journ. of the Americ. Med. Assoc. 1910.
9. Humpstone i Lintz, Cleveland Med. Journ. 1909.
10. Iwanow, Archiv f. Hygiene, 1910.
11. Kline, Archiv of internation. Med. 1925.
12. Klüber, Münch. med. Wochschr. 1900.
13. Lange, Inaug. Dissert. 1917, Berlin.
14. Levison, The Journ. of the Americ. Med. Assoc. 1904.
15. March, Brit. Med. Journ. 1927.
16. Moorhead, Brit. Med. Journ. 1912.
17. Schaps, Zeitschr. f. Hygiene, 1905.
18. Schmorl Ver. f. Natur-u. Heilkunde zu Dresden, 1913.
19. Tommasi-Crudeli, Il Policlinico 1905.
20. Vercalli, Il Policlinico 1924.
21. Vatt, The Brit. Med. Journ. 1912.
22. Zorn, Münch. med. Wochschr. 1900.

Samobójstwa w Warszawie w r. 1928 według Miesięcznika Statystycznego Magistratu m. Warszawy i danych Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego.

W. GRZYWO-DĄBROWSKI.

TABLICA I.

Zamachy samobójcze według płci i miesięcy,

	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	
I. Mężczyźni.	74	69	50	65	62	44	62	55	46	49	65	47.	694..
II. Kobiety.	72	65	66	79	100	52	70	59	65	73	68	63.	839.
Razem:	146	134	115	143	162	96	132	114	111	122	133	100-	1532..

TABLICA II.

Zgony samobójcze według płci i miesięcy.

I. Mężczyźni.	20	9	15	13	19	14	10	12	7	8	8	10	148.
II. Kobiety.	10	17	12	16	18	10	7	5	6	7	7	5	120.
Razem:	30	26	27	29	39	24	17	17	13	15	15	15	268.

Jak widać z przytoczonych tablic, w r. 1928 było popełniono 1533 zamachów samobójczych, z których w 268 (16, 1%) skończyły sie zejściem śmiertelnem; w r. 1927 — 1517 zamachów, 283 (18. 7%) zgonów.

Kobiety częściej popełniają zamachy samobójcze, lecz rzadziej z tego powodu umierają: u mężczyzn stwierdzono 21,3% zejść śmiertelnych, u kobiet tylko 14, 3%, co się tłomaczy przedewszystkiem tem, że zamachy kobiet są nieraz mniej poważnie obmyślone, przytem kobiety używają najczęściej w celach samobójczych trucizn, co ułatwia uratowanie denatki.

W r. 1928 na 100000 mieszkańców popełniono 153,3 zamachów samobójczych w tem — 26,8 zgonów (w r. 1927 — 151, 7 zamachów i 28,3 zgonów).

Nie posiadamy niestety dokładnej statystyki zamachów samobójczych wed. wieku, znaleźliśmy tylko dane, że do lat 16 godziło na własne życie 14 chłopców i 32 dziewczyny. Dokładniejsze natomiast dane mamy co do zgonów wskutek samobójstwa według wieku.

TABLICA III.

Zgony samobójcze wed. płci i wieku.

	1.10-	1.15-	1.20-	1.30-	1.40-	1.50-	1.60-	1.70-
I. Mężczyźni	1.	15.	40.	30.	22.	15.	14.	2.
II. Kobiety	1.	21.	57.	20.	6.	7.	4.	2.
Razem:	2.	36.	100.	53.	28.	22.	18.	4.

Powyżej przytoczona tabliczka wykazuje, że samobójstwa najczęściej były popełniane w wieku 20-30 lat (100), następnie w 30-40 (53), 15-20 (36). Zamachy samobójcze najczęściej miały miejsce w maju, styczniu i kwietniu, o ile zaś uwzględnimy podział na płci, to zobaczymy, że kobiety najczęściej godziły na swe życie w maju, kwietniu i październiku (w r. 1927 w czerwcu, październiku i lipcu), mężczyźni zaś — w styczniu, lutym i listopadzie, (w r. 1927 — w maju, grudniu i lipcu).

TABLICA IV.

	Mężczyźni.	W tem — do 1.16	Kobiety.	W tem — do 1.16
1. Otrucia.	395.	4.	704.	14.
2. Postrzały.	88.	—	12.	—
3. Rany cięte i kłute.	86.	—	13.	1.
4. Rzucanie się z wysokości.	45.	3.	67.	1.
5. Powieszanie się.	53.	—	8.	—

Otrucie jest najczęstszym sposobem pozbawiania się życia w Warszawie zarówno jednej jak i drugiej płci. Na drugim miejscu u mężczyzn znajdujemy postrzały, u kobiet — rzucanie się z wysokości, na trzecim — u obu płci spotykamy zadanie ran ciętych i kłutych.

Zamachy samobójcze i zgony według wyznania, (Należy zaznaczyć, że w Miesięczniku Statystycznym znajdujemy podział na

chrześcjan i nie chrześcjan. lecz nie pomylimy się chyba, jeśli pod temi ostatniemi będziemy rozumieli żydów).

Zamachy samobójcze:

		Chrześcjanie.	Żydzi.
1.	Otrucia.	956.	143.
2.	Postrzały.	88.	12.
3.	Rany cięte i kłute.	94.	5.
4.	Rzucenie się z wysokości.	71.	41.
5.	Powieszenie.	54.	7.

Zarówno u żydów jak i u chrześcjan najczęściej jest w użyciu trucizna, lecz u żydów na drugiem miejscu stoi rzucenie się z wysokości, w tem przypominają ani kobiety, które też chętnie używają tego sposobu pozbawiania się życia.

Na 268 przypadków śmierci wskutek samobójstwa było 221 chrześcjan i 47 żydów; żydzi stosunkowo rzadziej popełniają samobójstwa, niż chrześcjanie stanowią oni ok. 30% ludności stolicy procentowy zaś stosunek samobójstw żydów do ogólnej ilości wynosi ok. 17% (w r. 1927—14%).

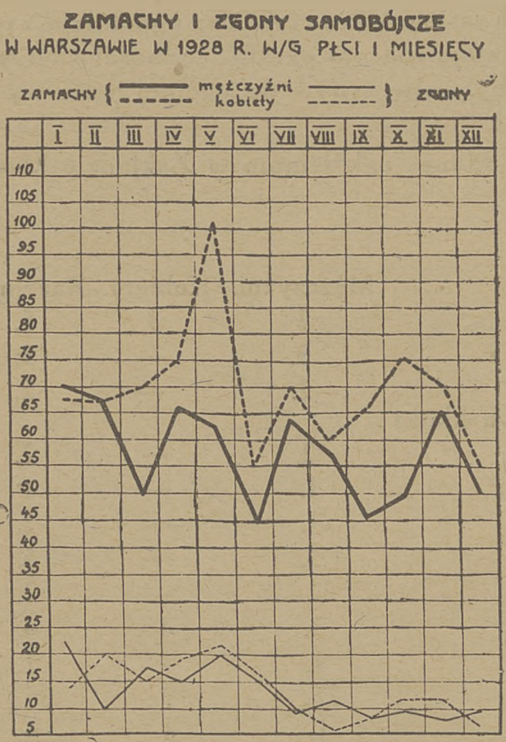
Zwłoki samobójców, poddane oględzinom w Zakładzie Medycyny Sądowej w r. 1928.

Rodzaje samobójstw:

		Mężczyźni.	Kobiety.	Razem
1. Postrzały:	1. Prawa skroń	2	3	5.
broń krótka	2. Okolica serca	3.	—	3.
	3. Usta	2.	—	2.
	4. Prawa połowa klatki piersiowej	2.	—	2.
	5. Z dubeltówki	1.	—	1.
	6. Z karabinu	1.	—	1.
2. Rany kłute	1. Serca	5.	—	5.
	2. Płuc i serca	2.	—	2.
Rany cięte szyji		3.	1	4.
Rany kłute i cięte		1.	—	1.
3. Powieszenie się		27.	9	36.
4. Utonięcie		1.	3	4.
5. Rzucenie się z wysokości		7.	22	29.
6. Rzucenie się pod pociąg		—	1	1.
7. Zaczadzenie		1.	—	1.
8. Otrucia.	1. Kwasem octowym	14.	27	41.

2. Ługiem	3.	7	10.
3. Sublimatem	1.	8	9.
4. Kwasem solnym	3.	2	5.
5. Cyankiem potasu	—	2	2.
6. Kwasem siarkowym	—	2	2.
7. Arszenikiem	1.	2	3.
8. Jodyna (?)	1.	2	3.
9. Strychniną	1.	2	3.
10. Kwasem azotowym	1.	1.	2.
11. Kokainą	—	1	1.
Razem	93.	93	188.

Zestawiając ilość zgonów wskutek samobójstwa w ogólnej ilości 268 z ilością wykonanych oględzin zwłok samobójców, która wynosiła 188 widzimy, że w Warszawie około 70% zwłok samobójców podlegało ogiędzinom urzędowym. Biorąc pod uwagę, że w r. 1928 w Zak. Med. Sądowej było poddane oględzinom 1025 zwłok (oprócz zwłok noworodków), widzimy, że zwłoki samobójców stanowią ok. 18% wszystkich zwłok, badanych w Z. M S.



W trzecim numerze r. 1929 „Ratownictwa“ Kierownik Pogotowia Ratunkowego w Warszawie dr. F. Białokur umieścił bardzo treściwe i ciekawe zestawienie zamachów samobójczych w Warszawie na podstawie danych Pogotowia Ratunkowego.

Cyfry Białokura są trochę niższe, niż nasze, gdyż korzystaliśmy ze statystyki Urzędu Statystycznego Magistratu, która obejmuje nie tylko te przypadki, w których było wzywano Pogotowie Ratunkowe, lecz wszystkie zanotowane przez władze policyjne.

STRESZCZENIA.

DUVOIR. **Choroby zawodowe, powstające pod działaniem węglowodorów z grupy nafty i t. p.**

Annales de méd. légale. 1928.

Autor omawia powstawanie chorób zawodowych, spowodowanych działaniem żywicy, smoły, wosku ziemnego i olejów mineralnych, wszystkie te ciała należą do gatunku drażniących. Przy zetknięciu się z temi ciałami wzgl. przy pracy wśród atmosfery, przez nie nasyconej, u robotników mogą wystepować następujące zmiany: 1) zatrucie ogólne, 2) zapalenie skóry, tworzenie się nowotworów skórnych. Zatrucie ogólne ma mniejsze znaczenie praktyczne, natomiast zasługują na uwagę cierpienia skórne, spowodowane wspomnianemi ciałami chemicznemi. Do typowych skórnych cierpień tego rodzaju odnoszą się sprawy następujące: 1) podrażnienia, nadżerki i oparzenia, 2) schorzenia gruczołów łojowych i torebek włosowych (trądzik, wągry). 3) zmiany barwikowe, 4) przerost naskórka — początkowo dobrotliwy, następnie złośliwy. Do nowotworowych przeobrażeń skóry należą: rak smołowy, żywiczy i kominiarski; zmiany te usadawiają się w miejscach największego zadrażnienia. Przebieg sprawy powolny, mechanizm powstania niezbyt jasny, jedna teorja tłomaczy powstanie zmian skórnych jako skutek mechanicznego drażnienia, druga—, ogólnym zatruciem.

Wspomniane cierpienie należy do rzędu zatruć zawodowych i uprawnia do otrzymania renty.

D-r *A. Piotrowski.*

J. LECLERQ, C. VALLEE et M. MÜLLER. **Wybuch w fabryce krochmalu.**

(Annales de Méd. Légale 1928).

W literaturze opisano dość dużo wypadków wybuchów w fabrykach krochmalu, młynach, piekarniach, słowem tam, gdzie w powietrzu unosi się pył łatwo zapalny. Cząsteczki organiczne krochmalu, mąki, dekstryny, tworzą w powietrzu zawiesinę, również łatwo zapalną jak pary eteru, alkoholu i t.d.

Fabryka krochmalu w okolicy Lille, która była częściowo zburzona przez wybuch w listopadzie 1926 r. zatrudniała 90 robotników i mieściła się w dwuch gmachach, połączonych ze sobą korytarzem. W jednym gmachu odbywała się właściwa fabrykacja krochmalu, w drugim pakowanie i magazynowanie wykończonego materjału.

Gmach pierwszy obejmuje salę maszyn i kilka sal do fabrykacji. W sali maszyn było wilgotno i brak kurzu, natomiast w sali fabrykacji panowała temperatura 40^0 i było bardzo sucho. W powietrzu unosiły się chmury mąki i dekstryny. Z sali fabrykacji na parterze prowadzi tunel do suszarni; w tunelu i w suszarni tempera-

tura dochodziła do 70⁰. Maszyny elektryczne fabryki były bardzo brudno utrzymane; wszystkie ich części były pokryte grubą warstwą kurzu mącznego, izolatory najczęściej były nieodpowiednie; ściany i sufity były również pokryte mąką. W tej parterowej sali fabrykacji znajdował się motor elektryczny bardzo zanieczyszczony, izolacja jego była niedostateczna, między częściami motoru ciągle przeskakiwały iskry elektryczne. O godz. 10 nastąpił wybuch, podczas gdy wszyscy robotnicy byli przy pracy.

Zeznania świadków wybuchu, trochę chaotyczne, dają się streścić w następujący sposób: Były dwa wybuchy: jeden słabszy, drugi silniejszy; wszystkie drzwi i okna wyleciały, jeden mur został naruszony, 7 robotników zmarło, dwuch natychmiast, a reszta w ciągu tygodnia, 37 było rannych.

Pożar i wybuch powstał wskutek zapalenia się mąki od iskry motoru elektrycznego w sali parterowej. Zostały przeprowadzone doświadczenia laboratoryjne: czy iskra elektryczna może zapalić masy mąki, rozpylone w powietrzu? Rezultaty wypadły dodatnio.

Rzeczoznawcy próbowali określić ilość krochmalu i dekstryny w powietrzu potrzebną do spowodowania wybuchu. Okazało się, że minimum jest 7 gr. na 1 m.^{3}; przy obecności 150 gr. wybuch jest nadzwyczaj silny. Normalnie w fabryce znajdowało się powietrzu właśnie ok. 150 gr. maki i dekstryny. Przy tych warunkach wybuch jest zupełnie zrozumiały: zawiesina materjałów łatwopalnych w powietrzu i wadliwie funkcjonujący motor.

Obrażenia robotników pozostają w ścisłym związku z lokalem, w którym pracowali: ci co pracowali w sali wilgotnej, gdzie nie było pyłu, zostali lekko osmaleni chmurą ognia, która wtargnęła z zewnątrz, ci zaś, którzy pracowali w atmosferze kurzu doznali bardzo znacznych obrażeń. Jeden z nich został powierzchownie spopielony w ciągu 10 minut i poniósł śmierć na miejscu.

Zwłoki były sekcjonowane w Zakł. Med. Sąd. stwierdzono przytem zmiany typowe dla spalenia się lub zaczadzenia, jeden tylko z robotników zmarł wskutek pęknięcia podstawy czaszki przy przygnieceniu przez belkę. Śmierć płodu jednej z robotnic stoi również w związku z wybuchem, gdyż we krwi płodu znaleziono CO.

Wypadek ten powinien nasunąć pewne uwagi co do środków ostrożności, któreby na przyszłość zapobiegały podobnym katastrofom. Oprócz skrupulatnej czystości i dobrej wentylacji, które są zalecane, należałoby zwrócić uwagę na przestrzeganie zakazów palenia tytoniu i wchodzenia z nieosłoniętym płomieniem do izb, gdzie pył mączny unosi się w powietrzu, maszyny zaś powinny mieścić się w specjalnych izbach.

D-r *H. Wałęcka.*

Prof. L. WACHHOLZ i prof. J. OLBRYCHT — Kraków. **Gwałtowna śmierć z powodu zbrodniczej kastracji czy zgon naturalny wskutek pęknięcia aorty.**

Beitrage zur gerichtlichen Medizin H. 7 1928.

Pod powyższym tytułem podają autorzy ciekawy przypadek kazuistyczny treści następującej: w listopadzie r. 1925 zawiadomiono policję o tajemniczym zgonie Józefa D. ślusarza. Oczom przybyłych na miejsce wypadku przedstawił się taki obraz: Józef D. w koszuli i kalesonach opuszczonych do kostek siedział na podłodze wsparty plecami o paczkę. Pod pośladkiem widniała mała kałuża krwi — w obrębie narządów płciowych duża rana. Na prześcieradle skąpe plamki świeżej

krwi i ślady wymiocin oraz moczu. Dokonana dnia następnego sekcja dała wynik następujący:

Od wzgórka łonowego aż do międzykrocza ciągnie się rana o brzegach ostrych pokryta skrzepami krwi, — najbliżej otoczenia bez obrzmienia i podbiegnięć. Z członka pozostał kikut dług. 1 cm. powierzchnia rany o brzegach ostrych, gładkich. Brak lewej połowy moszny i jądra. Z rany sterczy kikut obciętego sznurka nasiennego. Innych uszkodzeń brak. Mózg, płuca i trzewia jamy brzusznej bez zmian widocznych. Worek osierdziowy wypełniony skrzepłą krwią. Część wstępująca aorty jest rozszerzona i wykazuje w ścianie przedniej pęknięcie poprzez całą jej grubość. Błona wewnętrzna nieznacznie miażdżycowato zmieniona. Serce normalne, nieuszkodzone.

Ponieważ, jak oględziny miejsca wykazały, zmarły wymiotował — przesłano żołądek wraz z treścią do badania sądowo-chemicznego. Orzeczenie tymczasowe o przyczynie śmierci brzmiało, że denat zmarł albo wskutek pęknięcia aorty, albo wskutek skrwawienia z rany w obrębie narządów płciowych.

Pęknięcie aorty bezwątpienia poprzedziło zranienie i dlatego znaleziono małą ilość krwi przy zwłokach w mieszkaniu i na bieliźnie, gdyż serce szybko przestało pracować wskutek gromadzenia się krwi i ucisku. Ani sekcja, ani badania chemiczne nie dostarczyło danych do ustalenia zatrucia.

W toku śledztwa okazało się, że zmarły pozostawał w bliskich stosunkach z 20-letnią służącą, która spędziła z nim ostatnią noc. Józefa W. zeznała: poznała zmarłego przed kilku laty, ale dopiero w lipcu 1925 r. więzy pomiędzy nimi silniej się zadzierżgnęły. D. obiecując poślubienie jej, żądał oddania się cielesnego, które pod groźbą rewolweru nastąpiło przy powtórnych odwiedzinach w mieszkaniu Józefa. Od tego czasu stale ją prześladował, tak, iż często musiała zmieniać obowiązek. Ostatni raz przyszła do niego do mieszkania 3.XI i zgodziła się pozostać na noc po długich namowach ze strony D. Tej nocy kilkakrotnie obcowali cieleśnie. Pierwszy stosunek trwał ok. 15 min. po którym będąc zmęczoną zasnęła. Po pewnym czasie została obudzona i nakłoniona do stosunku, który trwał ok. godziny. Czuła się wyczerpaną do tego stopnia, że nie mogła stawić żadnego oporu. Nagle spostrzegła, że Józef zaczął drżeć na całem ciele i pocić się — nie dokończywszy stosunku osunął się prawie bezwładnie na brzeg łóżka, a ona opuściwszy je usiadła na podłodze. Józef również poczuł swoją słabość, ale zażądał, by znów mu się oddała, w tej chwili opanowała ją wściekłość, a mając ze sobą nóż do skrobanie jarzyn, postanowiła Józefa pozbawić męskości. Jak się to stało nie pamięta, pamięta tylko, że prącie Józefa było wiotke i dopiero po kilku pociągnięciach udało jej się je obciąć. Józef ledwo się bronił, słabo poruszając rękami. Wycięte kawałki zawinęła w papier i wyrzuciła przez okno. Pozostała później u niego do 5-ej rano i gdy wychodziła, był on jeszcze żywy, gdyż na odchodnem powiedział jej, że może sobie iść. Wieczoru tego i nocy byli całkiem trzeźwi — nic nie pili. Po drodze uprała fartuch, gdyż był poplamiony krwią. Twierdzi, że po raz pierwszy oddała się Józefowi i pociągu do mężczyzn nie miała, a w stosunku do niego była jakby zamagnetyzowana.

Podczas kilkotygodniowej obserwacji nie stwierdzono u niej żadnych objawów psychopatycznych.

Orzeczenie wydane na podstawie akt sprawy odniosło przyczynę śmierci do pęknięcia aorty; sam fakt pęknięcia tłumaczą autorzy podwyższonem ciśnięciem tętniczem spowodowanem podnieceniem płciowem przy osłabionej wytrzymałości

zmienionych chorobowo ścian aorty. Śmierć zbliżała się stopniowo w miarę napełniania się krwią worka osierdziowego dopóki wreszcie serce się nie zatrzymało. Rana zadana przez Józefę nie była śmiertelna i została, jak to widać z opisu zachowania się denata, zadana po pęknięciu aorty.

Wł. Felc.

N. S. Bokarius. **Zewnętrzne oględziny zwłok.** Charków. 1926. str. 187., 97 rys. Znakomity uczony i zasłużony profesor medycyny sądowej w Charkowie napisał praktyczny podręcznik badania zwłok w miejscu ich znalezienia, przeznaczony przedewszystkiem dla sędziów śledczych i urzędników policji, biorących udział w śledztwie. Autorowi chodziło o to, aby zapoznać funkcjonarjuszy policji i sądowników z tem, na co oni mają zwrócić przedewszystkiem uwagę gdy będą znalezione zwłoki, co zachować do ewent. dalszych badań i t. p. W części ogólnej autor podaje zasady fotografowania ciała i jego otoczenia, warunki przewożenia zwłok zachowanie rozmaitych śladów i t. d. W części szczegółowej dokładnie przedstawiono, jak się opisuje układ ciała, ubranie, ślady, plamy i t. p. wygląd zwłok, zmiany pośmiertne, ślady uszkodzeń i t. p. Dalej autor podaje opis zmian na zwłokach w zależności od rodzaju śmierci, ilustrując go licznym doborem ciekawych i poglądowych rysunków z własnych zbiorów.

Osobny rozdział jest poświęcony zagadnieniu odróżnienia przypadków zabójstwa od samobójstwa.

Praca autora jest cennym wkładem w piśmiennictwo, w sposób przystępny obrazująca pierwsze badanie zwłok.

W. D.

Prace Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu w Tartu (Dorpat) zeszyt IV.

Z okazji 85-lecia katedry medycyny sądowej. Zeszyt ten zawiera 19 prac profesora Talvika, obecnego kierownika Zakładu, jego uczni i innych lekarzy, między innemi prof. Neureitera z Rygi.

Poniżej wymienimy niektóre ciekawsze prace, znajdujące się we wspomnianym zeszycie:

1. Talvik. Początki Medycyny Sądowej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Tartu.
2. Szkic działalności katedry medycyny sądowej w Tartu podczas 85 lat jej istnienia i perspektywy na przyszłość.
3. Wybuch składu prochu w Dorpacie w r. 1927.
4. Pöder. Śmierć nagła z przyczyn wewnętrznych.
5. Roots. Przypadki sekcji zwłok osób, zmarłych wskutek zabójstwa, a sekcjonowane w Zakładzie Med. Sądowej w Tartu.

W dalszych artykułach są omawiane przypadki samobójstw, dzieciobójstw i poronień, sekcjonowanych w instytucie med. sądowej w Tartu. Neureiter mówi o partactwie lekarskiem na Łotwie. Weideman porusza sprawę stałości grup krwi po świerci i podział grup krwi wśród ludności Łotwy. Goroncy omawia znaczenie określania grup krwi w procesie karnym i cywilnym, Raukas — Poska badają grupy krwi u estończyków. Niektóre z tych prac streścimy dokładniej.

Rooks. Przypadki samobójstw, sekcjonowane w Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu w Tartu.

Od I/VII. 1920 do I/X. 1928. było sekcjonowane 263 przyp. samobójstw, co wynosi 23, 3% całego materjału sekcyjnego. W ostatnich czasach obserwuje się wzrost samobójstw; w stosunku do 1890—1900 ta ilość zwiększyła się trzykrotnie. Stosunek samobójczyń do samobójców przedstawia się obecnie jak I: 2,2, natomiast w r. 1890—1900 wynosił on 1: 3, 7. Co do sposobu samobòjstwa, na pierwszem miejscu znajduje się powieszenie się (38%), na drugiem—użycie broni palnej (27%), na trzeciem—otrucia (8, 7%). Sposoby więcej skomplikowane, jak użycie narzędzi ostrych, samobójstwa kombinowane i t. p. widywano w przypadkach, gdy samobójstwo było powodowane przez stan upicia się, choroby psychiczne lub fizyczne. Co do przyczyn samobójstwa notowano: alkoholizm w 20, 9%, choroby umysłowe —12, 9% choroby fizyczne—10%, przejawy życia płciowego (szczeg. u kobiet) — 11%, zniechęcenie do życia — 7,6%;

Dr. ALBERT MOLL. **Zniewolenie do nierządu przy pomocy hypnozy.**

Zeitschrift für Sexualwissenschaft. 1928.

Autor zabiera głos w powyższej kwestji w związku z dyskusją, toczącą się nad nowym projektem K. K. z. r. 1925, poddając przepisy jego szczegółowej analizie. Zmiany istotne w projekcie urzędowym dotyczą jednak wbrew zdaniom, jakie się dały słyszeć, tylko zniewolenia do nierządu, nie zaś zgwałcenia, odnośne bowiem paragrafy rozważają kwestję karalności tego, kto przy użyciu siły podejmuje działania nierządne na kobiecie. Nową treść uzyskuje tu pojęcie siły która dotychczas rozumiana była przeważnie jako przemoc fizyczna, np. przez skrępowanie. Jeżeli chodzi o zgwałcenie, to już w ramach § 177 obowiązującego K. K. da się pomieścić „hypnoza, jako środek wywołania" stanu pozbawienia woli i nieświadomości, koniecznego dla wypełnienia stanu faktycznego przestępstwa, obojętne bowiem, jaki środek ten stan wywoła.

Obowiązujący kodeks poświęca rozdział 13 przestępstwom przeciwko moralności. § 176 traktuje o zniewoleniu do nierządu, § 177 o zgwałceniu. Wbrew jednak swej intytulacji § 176 omawia 3 różne stany faktyczne: ust. 1 karze tego, kto przy użyciu siły podejmuje działania nierządne na kobiecie lub zmuszają groźbą przy współczesnem niebezpieczeństwie dla ciała lub życia do tolerowania tych działań, ust. 2 zagraża temu, kto spółkuje z kobietą znajdującą się w stanie pozbawienia woli lub świadomości, albo chorą umysłowo, ust. 3 przewiduje karę na wypadek czynów lubieżnych z osobami niżej lat 14. W § 255 projektu urzędowego K. K. zachowane zostało jedynie właściwe zniewolenie do nierządu, pozostałe stany faktyczne mieszczą się w innych paragrafach.

Pojęcie siły, której użycie stanowi istotne znamię stanu faktycznego, było dotychczas niejasne. Jest mianowicie przedmiotem kontrowersji, czy siła na gruncie obowiązującego ustawodawstwa obejmuje tylko przemoc fizyczną, jak chce Ebermayer i większość komentatorów, czy też obejmuje również przemoc psychiczną (np. hypnozę) jak wywodzą inni. Niejasność tę usiłowały usunąć już projekty K. K z 1909, 1913, 1919, ostatni zaś projekt z r. 1925 stanowi wyraźnie w § 11: w rozumieniu ustawy jest siłą także zastosowanie hypnozy albo innego środka odurzającego, celem pozbawienia kogoś, wbrew jego woli, zdolności do oporu.

Zniewolenie do nierządu utrzymuje w § 255 projektu K. K. następujące sformułowanie: kto siłą lub groźbą przy jednoczesnem niebezpieczeństwie dla ciała lub życia zniewala kobietę do poddania się nierządowi, ulega karze domu karnego do lat 10. Jeżeli jednak hypnoza, stosownie do § 11 projektu urzędowego, podpada pod pojęcie siły, to z drugiej strony dla wypełnienia stanu faktycznego przestępstwa nie wystarcza sam fakt podjęcia czynu lubieżnego na zahypnotyzowanej kobiecie; hypnoza musi być tak głęboka, aby wywołała stan nieświadomości lub niezdolności do oporu. Tak więc dla uznania hypnozy za decydujące znamię stanu faktycznego przestępstwa z § 255 spełnione być muszą następujące warunki: 1) sprawca winien zniewolić kobietę do poddania się nierządowi, 2) winien zastosować hypnozę lub inny środek narkotyczny, 3) musi być przez to wywołany stan nieświadomości lub niezdolności do oporu, 4) wywołanie tego stanu winno być zamierzone, 5) zamiar ten musi być powzięty wbrew woli ofiary.

Uznanie czy rzeczywisty stan faktyczny odpowiada warunkom ustawowym wymagać będzie każdorazowo powołanie biegłych. Autor wypowiada się przeciw temu, by orzekać mógł w tych kwestjach każdy lekarz lub nawet każdy psychjatra. Na biegłych winni tu być powoływani jedynie lekarze gruntownie obznajmieni

z psychoneurozami, gdyż odróżnienie histerycznych i podobnych stanów od hypnozy nastręczać może często trudności.

W końcu wypowiada się Moll przeciw probom „ulepszenia“ projektu urzędowego, które uważa za zbędne, § 255 ujmuje kwestję słusznie i naogół celowo.

M. B. Matecki

Prof. W. H. Schultze — Przypadek stężenia kataleptycznego jako pełnowartościowy dowód zbrodni.

D. Z. d. ges. ger. Medizin 1929. 13. B. I. H.

Nawet bardzo poważni znawcy wyrażają dużą wątpliwość co do występowania stężenie pośmiertnego w jego charakterystycznej formie katalepsji. Artykuł niniejszy przynosi jeden więcej pewny dowód w tej kwestji, tembardziej zasługujący na rozgłos, że fakt steżenia kataleptycznego posłużył jako dowód dokonanej w istocie zbrodni wbrew zeznaniu poszlakowanych o zamachu samobójczym.

Zgłoszono przed władzą gminną, że kasjer Sch. w obecności kilku świadków popełnił samobójstwo przez postrzał w głowę. Na miejsce wypadku udał się natychmiast przedstawiciel władz administracyjnych i zamknąwszy mieszkalnie zabezpieczył dokładnie pierwotny wygląd miejsca. Tymczasem zarządzono przesłuchanie syna rzekomego samobójcy, który miał złą opinję i oświadczył, że ojciec zastrzelił się w jego oczach. Przy oględzinach zwłok szczegolną uwagę zwróciła ich pozycja: silne wygięcie kręgosłupa ku tyłowi i układ rąk. Zwłoki leżały twarzą do ziemi, obok przewrócony trójnóg i biurko, przy którem zmarły siedział w chwili strzału. Klatka piersiowa i brzuch nie dotykały podłogi. Po przewróceniu trupa znaleziono w jego prawej dłoni obsadkę w charakterystycznym chwycie tak silnie trzymaną, że na palcach widoczne były jej odciski (przy poruszaniu ręką sama nie wypadła). W lewej stronie głowy otwór wylotowy kuli i rewolwer w kałuży krwi. Zwłoki były objęte stężeniem pośmiertnem w pozycji siedzącego przy biurku.

W wyniku wizji lokalnej padło podejrzenie zbrodni na syna nieboszczyka. Zaskoczony pytaniem, skąd się wzięła obsadka w dłoni zmarłego w pierwszej chwili zbladł i zadrżał, ochłonąwszy jednak oświadczył, że jego czteroletni synek prawdopodobnie włożył obsadkę w rękę dziadka.

Sekcja wykazała strzał z bardzo bliska w prawą skroń tuż za szwem wieńcowym z rozległem pęknięciem prawej kości ciemieniowej i podstawy czaszki. Wylot po stronie lewej na dwa palce poprzeczne ku tyłowi od szwu wieńcowego około 2 cm. poniżej poziomu wlotu. Kierunek strzału od strony prawej na lewą nieco ku tyłowi i do dołu. Prószyny znajdowały się dookoła wlotu oraz na wewnętrznej i zewnętrznej powierzchni opony twardej; szeroki kanał postrzałowy poprzez oba płaty skroniowe. Pozostałe narządy bez zmian. Orzeczenie wydane na mocy powyższych danych brzmiało: śmierć nastąpiła wskutek przestrzelenia czaszki z bardzo bliska. Wynik oględzin wyklucza możliwość samobójstwa. Charakterystyczny rodzaj stężenia pośmiertnego przedstawia pozycję zmarłego w chwili strzału. Zastrzelony został przy pisaniu.

W toku śledztwa sędzia postawił pytanie, czy obsadka znaleziona w ręce trupa nie mogła być tam włożona przez owego 4-letniego chłopca i utrzymana w palcach. Biegły w odpowiedzi swej podkreśla, że dany przypadek przedstawia niewątpliwie stan steżenia kataleptycznego. Twierdzenie powyższe opiera 1. na ciężkiem i rozległem uszkodzeniu mózgu wskutek postrzału, 2. na zachowaniu przez stężenie pośmiertne pozycji człowieka siedzącego i piszącego przy biurku. Obecność stężenia pośmiertnego kataleptycznego dowodzi fakt 1. że wszystkie członki ciała

były objęte przez stężenie, 2. i że już w stanie stężenia musiały zwłoki upaść na ziemię, gdyż jeśliby padały w stanie wiotkim położenie zwłok pod wpływem prawa ciążenia byłoby zupełnie inne: klatka piersiowa przylegałaby do ziemi, zwłoki nie wspierałyby się na lewym łokciu, a obsadka wypadłaby. Przyjmując obecność stężenia kataleptycznego, wyklucza autor ewentualność wsunięcia obsadki w rękę zmarłego bez pokonia oporu, wytworzonego przez stężenie pośmiertne, gdyż po jego zniesieniu nie wystąpiłoby z powrotem.

Po kilku miesiącach wreszcie zeznał ojcobójca, że krytycznego dnia przyszło między nim a zamordowanym do gwałtownej wymiany słów i do rękoczynów, w czasie których obwiniony potknął się i spowodował wystrzał.

Jak się później okazało przyczyną tego kroku ze strony mordercy były nieporozumienia na tle podziału majątku przez ojca i obawy o powtórny ożenek tegoż.

W. Felc.

Doc. D. A. WERKGARTNER. **Przyczynek do kwestji trwałych znamion odbytej ciąży. Samooskarżenie dzieciobójczyni.**

Beitrage zur gerichtlichen Medizin. H. 7. 1928.

Powszechnie znanym jest fakt, że przebyta ciąża donoszona lub też bliska tego okresu pozostawia na ciele kobiety, która poród odbyła, takie ślady, które pozwalają z dużem prawdopodobieństwem wnosić o jego odbyciu. Do tych trwałych cech należą: strzępy mirtowate błony dziewiczej, rozdarcia pochwy i spoidła tylnego, czasami międzykrocza, szerokość pochwy, wygładzenie fałdów poprzecznych, blizny w brzegach ujścia zewnętrznego macicy, walcowatość części pochwowej, zwiotczenie powłok brzusznych, rozstępy skórne etc. Stosunkowo jednak największą wagę przypisują znawcy stanowi błony dziewiczej — choć w niektórych przypadkach i ten objaw zawodzi. Należy zauważyć, że cechy poprzednio wymienione są właściwie względne, a żadna z nich z osobna wzięta kwestji nie rozstrzyga, jedynie zespół objawów ze strony powłok zewnętrznych — jak utrzymuje Haberda — i narządów płciowych pozwala na ustalenie djagnozy co do odbytej ciąży; czasami jednak wszystkie cechy zawodzą — zwłaszcza wtedy, gdy wystąpiły zmiany inwolucyjne starcze, lub gdy dana kobieta rodziła wiele razy.

Co do znaczenia stanu błony dziewiczej w tej sprawie, to utarło się przekonanie, że nie należy podejrzewać faktu porodu w przypadkach, gdy jest ona zachowana, choć pojedyńcze wcięcia i możność odróżnienia typu błony nie wykluczają faktu odbytego porodu w okresie ciąży bliskiej donoszenia.

Wypadek przytoczony przez autora zaciekawia swą niezwykłością z tego powodu, że tych codziennych, znanych każdemu cech po odbytej ciąży i porodzie właściwie mówiąc nie było, a jednak poród płodu prawie donoszonego według wszelkiego prawdopodobieństwa istotnie miał miejsce.

Śledztwo wszczęte zostało z powodu oszustwa, którego dociekanie doprowadziło do wykrycia dzieciobójstwa.

M. T. 24 lat, służąca, utrzymywała stosunki miłosne z R. S. od końca sierpnia do października 1924 r. W październiku-listopadzie pojawiły się częste wymioty, tak, że siostra podejrzewała u niej ciążę. W styczniu 1925 r. pewien lekarz przypadkowo skonstatował u niej obecność kilkumiesięcznej ciąży. Na początku lutego 1925 r. dostała się M. do szpitala z powodu jakiej choroby gorączkowej i tam była badana ginekologicznie. Wynik tego badania brzmiał jak następuje:

Przy badaniu na oddziale położniczym 9.II nie stwierdzono żadnych danych objektywnych na obecność ciąży. Według słów M. T. menses aż do lutego były nieprawidłowe w postaci krótkotrwałych krwawień. Następnie przez 7 tygodni przerwa — w maju znowu krwawienie skąpe 1 — 2 dni.

Z powodu podejrzanego ze względu na powiększenie brzucha stanu M. T. nigdzie nie chciano jej dać zajęcia, obawiając się kosztów i kłopotów z porodem, wobec czego zmuszona ona była się tułać i wreszcie dn. 8 lipca urodziła bez żadnej pomocy dziecko, które zaraz udusiła. Dziecko było prawie donoszone, krzyczało po urodzeniu. 14 lipca 1925 r. M. T. wypożyczyła dziecko od pewnej kobiety i poszła do byłego narzeczonego z żądaniem płacenia alimentów. Temu jednak wydało się dziecko zbyt duże — i postanowił skierować sprawę na drogę sądową. W toku śledztwa wobec sprzecznych zeznań na okoliczności ciąży i porodu M. T. została pociągnięta do odpowiedzialności za podstępne wyłudzenie dziecka. Ostatecznie przyznała się do wszystkiego, lecz ponieważ grzeszyła jawną kłamliwością, zaszła konieczność objektywnego potwierdzenia faktu, że była w ciąży i odbyła poród. Zdziwienie autora było niezwykłe, gdy po krótkiem badaniu nie znalazł pewnych cech odbytego porodu. Wobec tego zaproponował sędziemu zbadanie M. T. przez specjalistów: jednego docenta i profesora.

Wynik badania z dn. 24.XII był następujący: ogólny rozwój cielesny bez żadnych odchyleń od normy, odżywianie dobre, budowa dość silna, wzrost średni gruczoły piersiowe duże, obwisłe, miękkie, z dość dobrze rozwiniętą tkanką gruczołową. Obwódki blado różowe słabo brunatne; treści żadnej z przewodów mlecznych sie nie wyciska. Brzuch kulisty, powłoki mało wiotkie, skóra dobrze napięta; bez rozstępów. Jedynie w okolicy grzebienia kości biodrowych pojedyncze małe bliznowate smugi; pigmentacji w linji środkowej brzucha brak. Owłosienie sromu nic szczególnego nie przedstawia. Wargi duże zakrywają szparę sromową, małe brunatnawe na brzegach. Przedsionek dość szeroki i miernie głęboki. Na śluzówce przedsionka i spoidle tylnem blizn niema, samo spoidło nieco pofałdowane i ku przodowi wypięte. Błona dziewicza pierścieniowata 4-5 mm. wysokości, mięsista, w niektórych miejscach płytko kątowato zakarbowana. Brak wcięć dochodzących do podstawy. Otwór drożny dla 3 palców. Przy parciu brzusznem przednia ściana pochwy uwypukla się nieco ku przodowi. Pochwa głęboka, bardzo szeroka, śluzówka mało pofałdowana. Część pochwowa cienka, twarda, gładka z wąskiem ujściem zewnętrznem (w postaci szpary poprzecznej 6-7 mm. długości) bez blizn w brzegach i wcięć. Trzon macicy pochylony ku przodowi, mały (ok. 6 cm. długości) Orzeczenie brzmiało: nie stwierdzono pewnych cech porodu płodu donoszonego. Hymen nieuszkodzony, blizn w miejscach typowych brak. Ponieważ jednak pochwa jest szeroka i bardzo rozciągliwa, a przednia ścianka pochwy wyraźnie się opuściła, należy przyjąc możliwość odbycia porodu w lipcu r. b. zwłaszcza że M. T. podaje całkiem wiarogodny opis wszystkich przeżyć. Być może, że był to poród niezupełnie czasowy, gdyż cechy jego nie zaznaczyły się wyraźnie." Do powyższego orzeczenia oprócz badania upoważniły jeszcze autora zeznania wielu osób, stwierdzających, że M. T. była w ciąży. Nieoczekiwane orzeczenie po badaniu ginekologicznem na oddziale położniczym autor tłomaczy pomyłką, bądź też brakiem pewnych oznak ciąży w pierwszej jej połowie. Uwzględnić należy i tę okoliczność, że na początku ciąży może ona być błędnie rozpoznana, jako zapalenie tkanek przy macicy.

W końcu z wielkim naciskiem podnosi autor zjawisko, jakie zdaniem jego może tylko być następstwem porodu t. j. lekkie opuszczenie przedniej ściany pochwy wskutek rozciągnięcia jej i zwiotczenia po gwałtownem rozszerzeniu przy

przechodzeniu płodu. Sądzi on, że objaw ten należy odnieść jedynie do porodu i uważa go za cenny nabytek wśród cech trwałych odbytego porodu.

Wydaje się nam, że wniosek autora co do znaczenia opuszczenia się przedniej ściany pochwy jako cechy swoistej dla faktu odbytego porodu jest zbyt kategoryczny i niezupełnie uzasadniony. Opuszczenie pochwy może być następstwem przewlekłego przepełnienia pęcherza moczowego i guzów w tej okolicy.

Dr. Wł. Felc.

H. REMUND. **O wykrywaniu arsenu w popiele ze zwłok.**

Deutsche Zeitschrift f. die ges. ger. Medizin 13 B. I. 1929.

Arsen, jak wiadomo, jest trucizną, która ze względu na swe własności doskonale nadaje się do podstępnego otrucia, jednak o tyle jest zdradziecką dla sprawcy, że łatwo i to nawet po upływie dłuższego czasu (kilka i kilkanaście lat) może być wykryta na drodze badania chemicznego zwłok ofiary. W temperaturze ok. 500° arsen się ulatnia, wobec czego zachodzi pytanie, czy w popiele ze zwłok spalanych w krematorjach, gdzie ciepłota wacha się od 900-1300° może być arsen stwierdzony chemicznie. Zdawałoby się, że się spotkamy z odpowiedzią negatywną, a jednakże tak nie jest, czego dowodem jest następujący przypadek.

Po upływie 5-iu lat od chwili spalenia zwłok niejakiego D. w krematorjum zrodziło się podejrzenie, że zmarł on wskutek zatrucia arsenem. Przed śmiercią ten osobnik wychudł, skarżył się na bóle, wyczerpanie, skłonność do osłabienia serca, palenie w żołądku i pragnienie. Gorączki nie było. Podejrzaną o otrucie była żona zmarłego, która utrzymywała bliższe stosunki z jakimś mężczyzną.

Przeprowadzono badanie sądowo-chemiczne popiołu spalonego ciała, przechowanego w urnie, na obecność asrenu. Po wykonaniu analizy ilościowej stwierdzono 47,2 mg arsenu; po wprowadzeniu poprawek, uwzględniających pewną ilość arsenu, jako normalnego składnika w ciele ludzkiem (około 0,084 mg pro kg wagi) i materjałów, które mogły zawierać arsen — łącznie ok. 10-12 mg. Ponieważ przy samem wykonaniu badania zatraca się pewna ilość arsenu w ilości ok. 10% — przeto całą ilość możnaby objąć liczbą 52 mg, a po odtrąceniu 12 mg. na przypadkowe domieszki — otrzymalibyśmy 40 mg. czystego arsenu. Badanie kontrolne popiołu ze zwłok w dwuch nagłych przypadkach zejścia śmiertelnego na obecność arsenu dały wynik ujemny, z czego autor wnosi, że arsen jako składnik stały ciała ludzkiego sublimuje w całości. Jest również zdaniem autora wielce prawdopodobne, że arsen terapeutyczny sublimuje również całkowicie. Przy próbach doświadczalnych na psach i badaniu popiołu z ich zwłok okazało się, że arsen sublimuje w ilości 90-95%, a tylko reszta daje się wykryć i to jest właśnie część arsenu związana przez związki zasadowe — kwaśne węglany, które przez tworzenie soli kwaśnych arsenu chronią go przed działaniem żaru.

W myśl powyżej przedstawionego rozumowania, traktując otrzymane 40 mg arsenu jako 10% ilości istotnej, po przeliczeniu otrzymamy 0,4 gr. arsenu, czyli dawkę 2-4 krotnie większe od śmiertelnej.

Wnioski autora są następujące:

1) w szczególnie pomyślnych przypadkach można stwierdzić otrucie arsenem nawet po spopieleniu zwłok. Dowód jednakże musi być dostarczony w formie ilościowej z uwzględnieniem źródeł błędu w każdym poszczególnym przypadku.

2) Znaleziony w popiele arsen wynosi 5-10% tej ilości, jaka znajdowała się we zwłokach przed ich spaleniem.

Wł. Felc.

KRONIKA.

Prof. E. Glimm i H. Schreoder z Politechniki Gdańskiej podają piękne fotografje porównawcze prawdziwych i fałszywych banknotów. Umieszczali oni banknoty w świetle lampy hanańskiej i fotografowali przy pomocy aparatu zaopatrzonego w objektyw kwarcowy. Dzięki różnorodnej fluorescencji otrzymane w ten sposób fotografje uwydatniają w sposób jaskrawy różnice zupełnie nieuchwytne przy stosowaniu innych metod.

Dr. Monkemöller był biegłym psychjatrą w słynnym procesie Schlesingera i Webera. Schlesinger i Weber są sprawcami wykolejenia pociągu kurjerskiego pod Leiferde, które pociągnęło za sobą ogromną ilość ofiar. Spowodowali oni katastrofę w zamiarze obrabowania pociągu, jednakże w chwili katastrofy uciekli w panicznym strachu z miejsca przestępstwa. Obaj młodzi przestępcy, włóczęgi w chwili dokonania czynu, byli ludźmi o stosunkowo dużej kulturze umysłowej. Jeden z nich był niegdyś zdolnym kapelmistrzem podczas włóczęgi rozprawiali na tematy filozoficzne. W czasie krytycznym znajdowali się w skrajnej nędzy. Zamach planowali już od dłuższego czasu, w szczególności popychało ich do tego rozgoryczenie i subjektywne poczucie niesprawiedliwości, równoległe z chęcią zdobycia środków. Zgodnie z opinją dr. Mönkemöllera zostali uznani za poczytalnych i przez sąd przysięgłych skazani na śmierć.

Adwokat berliński dr. Max Alsberg w ostrej formie krytykuje postanowienia projektu kodeksu karnego, dotyczące prawa seksualnego. Według Alsberga, projekt zamiast zapowiedzianej indywidualizacji kary przynosi jedynie niepomierne rozszerzenie stanów faktycznych poszczególnych przestępstw i wprowadza wielką ilość przestępstw nowych nie jasno określonych, do których poszczególne sądy, jak się należy obawiać, będą podciągały najzupełniej niewinne czyny. Projekt jest obecnie w komisji parlamentarnej, jednak według Alsberga, niema żadnych szans, by dokonania w nim jakichkolwiek istotnych zmian, gdyż żadna partja nie odważy się na okazanie, choćby pozornie, większej toleracji w sprawach seksualnych, niż jej przeciwnicy polityczni.

Zeszyt 3/4 Archiv für Kriminalogie został poświęcony Instytutowi Medycyny Sądowej w Lipsku z okazji 30-lecia tego zakładu i poświęcenia nowego skrzydła gmachu. Kierownikiem Zakładu jest prof. Kochel, którego zasługi dla rozwoju medycyny sądowej i kryminalistyki są powszechnie znane. W zeszycie tym wydrukowano kilkanaście cennych prac prokuratorów i sędziów saskich, szefa saskiej policji śledczej du Palitzsch'a, prof. Kochel'a i jego współpracowników. Między innymi sędzia dr. Goldman z Lipska omawia współpracę lekarza sądowego z sędzią śledczym i wskazuje na znakomite wyniki śledztwa w szeregu spraw, które zostały

-osiągnięte jedynie dzięki temu, ze sędzia i lekarz udawali się natychmiast na miejsce przestępstwa i już pierwsze oględziny były dokonywane z pomocą eksperta.

Prof. Kochel przytacza kilka ogromnie ciekawych wyników sekcji i zwraca uwagę na to, o czem już dawno Gross pisał, że sekcje sądowe są zbyt rzadko dokonywane i dzięki temu wiele przestępstw nie zostaje ujawnionych. Przytacza szereg wypadków, w których opinja lekarza stwierdzającego przyczynę śmierci była najzupełniej fałszywa i wskazuje na szczególne nadużywanie powierzchownych wniosków jak np. „złamanie podstawy czaszki".

W innym artykule podaje prof. Kochel przykład identyfikacji łomów według odcisków pozostawionych na drzwiach.

Do artykułów załączone są fotografje odlewów gipsowych łomów i ich odcisków, które wykazują identyczne rozmiary i szereg cech charakterystycznych.

Schmidt omawia identyfikację pisma maszynowego według systemu maszyny i co do określonej maszyny, według cech powstałych przez zużycie poszczególnych czcionek i znaków.

Prof. Kochel jest doradcą władz śledczych we wszelkich kwestjach, wymagających wiedzy przyrodniczej i aparatu naukowego. Automaty, instrumenty muzyczne, klejnoty, fałszowane kości do gry, przyczyny powstania pożarów, ekspertyzy chemiczne, poszukiwanie trucizn, oto niektóre tylko kwestje z działalności Instytutu. Do tego należy dodać naukową działalność prof. Kochel'a.

Widziałem w roku ubiegłym w laboratorjum policyjnem w Wiedniu aparat zbudowany przez Zeiss'a według pomysłu prof. Kochel'a; aparat ten pozwala otrzymywać promienie ultrafjoletowe o określonej długości fali. Daje to o wiele subtelniejsze zróżniczkowanie fluorescencji, niż filtr Wood'a. (przyp. referenta.)

Archiv für Kriminologie Bd. 83.

Dr. H. Strasman.

Nowe prawo o pozbawianiu zdolności płodzenia w kantonie Waadt w Szwajcarji (3/IX 1928 r.).

Art. 1. Prawo to dotyczy wszystkich tych osób, które są umysłowo-chorzy, cierpią na osłabienie władz psychicznych lub są morfinistami, kokainistami lub alkoholikami, o ile stan ich wymaga opieki i są oni niebezpieczni dla siebie samych lub otoczenia.

Art. 2. W przypadkach nieuleczalnych schorzeń psychicznych, gdy istnieje wszelka pewność, że potomstwo będzie chore, może być dokonany zabieg lekarski w celu pozbawienia płodności. Tego rodzaju zabieg będzie wykonanym na podstawie zgodnego orzeczenia dwóch przez radę lekarską wyznaczonych lekarzy i po przyzwoleniu tejże rady.

Monatschrift f. Kriminalpsychlogie. 20 Bd.

Samobójstwa w Danji w r. 1926.

Na 100000 mieszkańców było w Danji samobójstw w r. 1923-14, 5. w r. 1924-13, 8. w r. 1925-13, 7. w r. 1926-15, 8. Liczba samob. powoli wzrasta, jednak jest ona mniejszą, niż w innych państwach (np. w Niemczech w r. 1925 było 25 samobójstw na 100000 mieszkańców). Na 411 samob. mężczyzn było 137 kobiet.

Większość samob. miała miejsce w małych miasteczkach i w okręgach wiejskich, w Kopenhadze liczba samob. się zmiejsza, na wsi i w małych miastach — się zwiększa. Sposoby samob. były następujące: najczęściej, bez względu na płeć, spotykano powieszenie, dalej — otrucie, i wreszcie utonięcie. Samobójstwa były popełniane najczęściej w wieku 45-65 lat.

(Archiv für Kriminologie. 84 Bd).

Komitet Organizacyjny VII Zjazdu Lekarzy i Działaczy Samorządowych.

KOMUNIKAT.

Dnia 7—8 września r. b. odbędzie się w Poznaniu z ramienia Związku Miast Polskich doroczny Walny Zjazd Lekarzy i Działaczy Samorządowych.

Komitet Organizacyjny Zjazdu prosi Panów Lekarzy, Działaczy Samorządowych i Społecznych pracujących w dziedzinie zdrowotności publicznej, o jaknajliczniejszy udział w Zjeździe, którego charakter ze względu nu przypadający okres pierwszego dziesięciolecia Niepodległości Polskiej powinien stać się wyrazem postępów poczynionych na polu zdrowia pnblicznego w miastach polskich i dać wytyczne pracy na przyszłość.

Program Zjazdu jest następujący:

dnia 7-go września sobota

godz. 10-ta Otwarcie Zjazdu.

godz. 10 do 14-ej Referat „Organizacja i zakres działania samorządowej służby zdrowia w miastach polskich".
Referent: Dr. Kacprzak Marcin Kierownik Działu Epidemjologiczno - Statystycznego Państwowej Szkoły Higjeny w Warszawie.
Koreferaty: „Stan sanitarno-porządkowy miast polskich."
Koreferent: Inż. Rudolf Zygmunt (Dep rtament Służby Zdrowia w Warszawie M. S. W.)
Koreferat: „Sprawy Medycyny zapobiegawczej w miastach Polskich".
Koreferent: Dr. Czesław Wroczyński (Naczelny Lekarz Kasy Chorych m. st. Warszawy).

godz. 21-sza Raut w Ratuszu wydany przez prezydenta Miasta.

dnia 8-go września niedziela.

godz. 9-ta—14-ta I. Referat: „Współdziałanie opieki społecznej z działalnością służby zdrowia".
Referent: P. Wilczyński (Naczelnik Wydz. Opieki Społecznej w Województwie Poznańskim).
Koreferent: Dr. Margolis Aleksander (Łódź) Przewodniczący Wydział Zdrowia Magistratu m. Łodzi.

II. Referat: Stan budownictwa szpitalnego w niepodległej Polsce i sprawy szpitali na Międzynarodowym Kongresie Szpitalnictwa w Ameryce.
Koreferat: „Walka z zakażeniami wewnętrz szpitalnemi w związku z organizacją i budową szpitali".
Koreferent: Profesor Dr. Szenajch Władysław (Naczelny Lekarz Szpitala Karola i Marji w Warszawie).

Po południu zwiedzanie Wystawy Powszechnej Krajowej i zwiedzanie autobusami urządzeń sanitarnych miejskich.

godz. 12-ta Przedstawienie w Operze (bilety bezpłatne).

U w a g a: Uczestnictwo w Zjeździe należy zgłosić do dnia 1-go września b. r. na ręce Naczelnika Wydziału Zdrowia Magistratu m. Poznania Dr. Tadeusza Szulca (adres: Poznań-Ratusz). — Wpisowe na Zjazd wynosi 10 zł. może być uiszczone w chwili przybycia do Poznania.

W zgłoszeniach należy nadmienić żądanie zarezerwowania noclegów.

POLSKA BIBLJOGRAFJA KRYMINOLOGICZNA I SĄDOWO-LEKARSKA ZA ROK 1928.

Skróty tytułów pism: G.L. — Polska Gazeta Lekarska. L P. — Lekarz Polski. L.W. — Lekarz Wojskowy. G.A.P. — Gazeta Administracji i Policji Państwowej. N.L. — Nowiny Lekarskie. W.CZ.L. — Warszawskie Czasopismo Lekarskie. R.P. — Rocznik Psychjatryczny. CZ.S.L. — Czasopismo Sądowo-Lekarskie. N.S.L. — Nowiny Społeczno-Lekarskie. H.P. — Hygjena Pracy. N.P. — Nowiny Psychjatryczne.

1. Zagadnienie prawne. Kryminologja.

Chodkiewicz. Pies Policyjny. G.A.P.

Lemkin. Dzieje Kod. Karnego R.S.F S.R. G.A.P.

Locard. Jak się rekrutuje armja przestępców. G.A.P.

„ Apasz i jego zwyczaje. G.A.P.

„ Gwara złodziejska i tajna korespondencja. G.A.P.

„ Okradanie wystaw i wielkich magazynów. G.A.P.

„ Kradzieże kieszonkowe i t.p. G.A.P.

„ Złodzieje uzbrojeni i domowi. G.A.P.

„ Włamywacze, złodzieje mieszkaniowi i hotelowi. G.A.P.

„ Okradanie mieszkań, sklepów i will. G.A.P.

„ Oszustwa ogłoszeniowe i spirytystyczne: zmyślone skarby. G.A.P.

„ Kradzieże na sposób amerykański, oszustwa matrymonialne i karciane. G.A.P.

„ Złodzieje zabójcy, truciciele i dusiciele. G.A.P.

Makowski. Uwagi do Kod. Karn. R.S.F.S.R. G.A.P.

Neymark. Reforma więziennictwa. G.A P.

Punicki. Falsyfikaty pieniędzy i sposoby ich zwalczania. G.A.P.

Sołtan. Stosunek prokuratury do sądu, adwokatury i społeczeństwa. G.A.P.

„ Obrona G.A.P.

„ Mowa oskarżająca G.A.P.

„ Koni o mowie oskarżającej. G.A.P.

Martell. Muzea kryminalne G.A.P.

Strasman. Naukowa organizacja policji we Włoszech. G.A.P.

Wisznicki. Nowelizacja kodeksu karnego i procedury karnej G.A.P.

Neymark. Ideje pozytywistyczne w Kubańskim projekcie Kodeksu Karnego CZ.S.L.

2. Sprawy zawodowe. Odpowiedzialność lekarzy. Orzecznictwo.

Grzywo-Dąbrowski. Lekarz biegły według nowego kodeksu postępowania karnego G A.P.
„ Interpretacja pojęcia utraty wzroku. N.S.L.
Bartkiewicz. Czy lekarzowi wolno odmówić wykonania sekcji? N.S.L.
Czerwiński. Odpowiedzialność lekarzy za pozbawienie życia lub uszkodzenie zdrowia przez nieostrożność. N.S.L.
„ Odmowa udzielenia pomocy choremu przez lekarza. N.S.L.
„ Sądowo-lekarska ekspertyza na tle kod. postęp. karnego. N.S.L.
„ Odpowiedzialność felczerów za wykonywanie praktyki lekarskiej. N.S.L.
„ Odmowa okazania pomocy lekarskiej. L.P.
Pomorski. Tajemnica lekarska. L.P.
Gantkowski. Świadectwa lekarzy cywilnych w stosunku do ustawodawstwa, etyki i nauki lekarskiej oraz do higjeny społecznej. N.S.L.
Jonszer. O etyce lekarskiej. N.S.L.
Wirszubski. Błędy w praktyce. N L.
Wachholz. Medycyna sądowa niegdyś a dziś. CZ.S.L.
Horoszkiewicz. W sprawie szkolenia lekarzy sądowych. CZ.S.L.
Grzywo-Dąbrowski. Projekt organizacji rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego w Polsce. CZ.S.L.
„ Odpowiedzialność akuszerki. CZ.S.L.
„ Odpowiedzialność felczerów. CZ.S.L.

3. Uszkodzenia ciała.

Szymański. Sądowy przypadek zalania oka amonjakiem. L.P.
Szulisławska. Śmierć w następstwie obrzezania. P.G.L.
Laskiewicz. Trzy przypadki ciał obcych w lewym oskrzelu u dzieci. N.L.
Alchimowicz. Z kazuityki ciał obcych przewodu pokarmowego. N.L.
Łaguna. Niezwykłe zachowanie się otworu wlotu pocisku w kościach czaszki N.L.
Szurek. Przyczynek do mechanizmu pęknięcia jelita. N.L.
Lewiński. Z kazuistyki ran postrzałowych. CZ.S.L.
Manczarski. Przyczynek do kazuistyki ran postrzałowych czaszki. CZ.S.L.
Uhma. Dwa przypadki samoistnego przerwania mięśnia brodawkowego lewej komory serca. CZ.S.L.
Szper. O pęknięciu urazowem pozaotrzewnowem pęcherza moczowego P.P.CH.
Sosin. Niezwykły sposób i następstwo dostatnia się ciała obcego do jamy brzusznej. P.G.L
Szurek. Wrzekoma przepuklina przeponowa znacznego stopnia. P.G.L.

4. Choroby zawodowe. Wypadki przy pracy.

Żurawski. O zawodowych chorobach skóry. H.P.
Grzybowski. Wyprysk jako choroba zawodowa. H.P.
Frenkiel i Dynkiewicz. Zatrucie dwusiarczkiem węgla w produkcji sztucznego jedwabiu. H.P.

Noiszewski. Zaćmienie soczewki u robotników w hutach szklanych i żelaznych. H.P.
Krachelska. Tomaszewska fabryka sztucznego jedwabiu. H.P.
Karaffa-Korybutt. O chorobach zawodowych robotników, zajętych w fabrykach materjałów wybuchowych, L.W.
Olbrycht. Orzeczenie rekursowe, przyjmujące związek przyczynowy między wypadkiem (dzwignięcie ciężaru nadmiernego), a śmiertelnym zapaleniem płuc (kompresyjnem). CZ.S.L
„ Orzeczenie rekursowe, nieprzyjmujące związku przyczynowego między wypadkiem (dzwignięcie ciężaru) a powstaniem przepukliny pachwinowej. CZ S.L.
„ Orzeczenie rekursowo, przyjmujące związek przyczynowy między wypadkiem (upadek z wysokości) a udarem apoplektycznym. CZ.S.L.

5. Życie płciowe. Choroby weneryczne.

Mączewski. Leczenie niepłodności w przypadkach niedrożności jajowodów. P.G.L.
Rozner. Płodność a przemiana materji. P.G.L.
Wachholz. O rozpoznawaniu dziewiczości. P.G.L.
Zwoliński. W sprawie hormonów płciowych u kobiet. P.G.L.
Czaki. Co może wpływać na rozwój płci u noworodka. P.G.L.
Wołoszczak. O środkach pobudzających popęd płciowy. P.G.L.
Szumski. Dwa przypadki pozapłciowego zakażenia kiłą. L. W.
Sterling. Podstawy eksperymentalne i kliniczne biologji seksualnej. W.CZ.L
Felc. Z kazuistyki obrażeń narządów płciowych męskich. CZ.S.L.
Grzywo-Dąbrowski. Usiłowanie zgwałcenia obojnaka. CZ.S.L.-

6. Ciąża. Poród. Poronienie. Dzieciobójstwo.

Antecki i Zwoliński. W sprawie poronień nawykowych. P.G.L.
Higier. Poród jako uraz mózgu oraz dominująca rola porodu w patologji dziecięcej. P.G.L.
„ Późne następstwa uszkodzeń czaszki i mózgu. P.G.L.
Lind. Przyczynek w sprawie poronień nawykowych. P.G.L.
Piotrowski. Mięśniak części pochwowej macicy jako przeszkoda porodowa. P.G.L.
Beck. Stanowisko położnika i ginekologa wobec obowiązujących ustaw. N.L.
Przedboski. O porodowych urazach wewnątrzczaszkowych u noworodka. W.CZ.L.
Higier. Wczesne rozpoznanie biologiczne ciąży z krwi i moczu itd. W.CZ.L.
Niewola. Obrażenie macicy we wczesnej ciąży. N.L.

7 Samobójstwo.

Grzywo-Dąbrowski. Regularność a samobójstwo u kobiet. N.S.L.
„ Samobójstwa rozszerzone w Warszawie. CZ.S.L.
„ Samobójstwa w Warszawie w r. 1927 (dane statystyczne). CZ.S.L.

Manczarski. Zamach samobójczy czy zbrodnia? CZ.S.L.
Tobiczyk i Kwaśniewski. Kilka uwag o wpływie warunków atmosferycznych na samobójstwa. CZ.S.L.
Nelken. Niepamięć wsteczna po postrzale głowy. Zabójstwo i samobójstwo R.P.

8. Śmierć gwałtowna. Zatrucia.

Pożaryski. Porażenie prądem elektrycznym. H.P.
Grzywo-Dąbrowski. Śmierć wskutek porażenia prądem elektrycznym. H.P.
Herman. Objawy kliniczne w rażeniu prądem elektrycznym H.P.
Piotrowski. Kilka słów w sprawie wypadków samochodowych W.CZ.L.
Pacewicz. Czy śmierć pani X nastąpiła wskutek zażycia tłuczonego szkła? CZ.S.C.
Landau, Bauer, Grochowski. O zatruciu ołowiem. H.P.
Berger. Szczęśliwy przebieg zatrucia somnifenem. P.G.L.
Miedziszewski. Trucizny bojowe. P.G.L.
Lindeman. Toksyczne własności siarczków organicznych. L.W.
Żurkowski. O masowych zachorowaniach w garnizonach wojskowych itd. L.W.
Karwowski. Śmiertelna plamica po neosalwarsanie. N.L.
Obarski. Przyczynek do symptomatologji i leczenia ostrego otrucia sublimatem na podstawie 43 przypadków. N.L.
Obarski. W sprawie otruć kwasami stężonymi. N.L.
Grzywo-Dąbrowski. Usiłowanie otrucia męża przez żonę węglanem baru. CZ.S.L.
" Przypadek otrucia po zastosowaniu plastra z kantaryd CZ.S.L.
" Podstępne otrucie liśćmi oleandra. CZ.S.L.
" Usiłowanie otrucia matki przez córkę smołą pogazową CZ.S.L.
Szulisławska. O przyczynach szkodliwości chleba ze szczególnym uwzględnieniem życicy odurzającej (Lolium temulentum). CZ.S.L.
Baranowski. Dwa przypadki gruźliczego zakażenia noworodków podczas obrzezania. W.CZ.L.

9. Psychopatologja sądowa i działy pokrewne.

Piotrowski. Zasada swobody osobistej a przymusowe umieszczanie psychicznie chorych w szpitalach. N.P.
Gawroński. Stanowisko psychjatry i lekarza-wychowawcy wobec najnowszego projektu prawodawstwa dla nieletnich przestępców w Polsce. N.P.
Bielawski. Epilepsja a kodeks karny. N.P.
Łuniewski Psychoza szałowo-posępnicza w kazuistyce sądowo-psychjatrycznej. R.P.
Bednarz. Przypadek sądowy amnezji popostrzałowej. R.P.
Bednarz. Kilka uwag w sprawie kodeksu postępowania karnego. G.A.P.
Czerwiński. Ubezwłasnowolnienie wskutek choroby umysłowej. L.P.
Angerman. Wykluczenie poczytalności sprawców przestępstwa. G.A.P.

Honowski. Stan opieki nad psychicznie chorymi i projekt jego uregulowania. G.A.P.

10. Artykuły rozmaite.

Łaguna. Wartość prób mikrokrystalicznych przy wykazywaniu śladów krwawych. CZ.S.L.

Hirszfeld. Grupy krwi w patologji. W.CZ.L.

Świder. W sprawie ujednostajnienia mianownictwa dotyczącego grup krwi. W.CZ.L.

Nowakowski. Zadanie i organizacja lekarskiej inspekcji pracy. H.P.

Grzywo-Dąbrowski. Sprawozdanie z czynności Zakładu Medycyny Sądowej Uniw. Warszawskiego za rok 1927 i 1928. CZ.S.L.

W. Grzywo-Dąbrowski.